

3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

Promoção das Posições Verticais durante o Trabalho de
Parto

-O papel do Enfermeiro Obstetra-

Patrícia Alexandra dos Santos Sousa

LISBOA

Dezembro de 2013

Não contempla as correções resultantes da discussão pública





3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

Relatório de Estágio apresentado no âmbito do 3º Curso de Mestrado em
Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

Promoção das Posições Verticais durante o Trabalho de Parto

-O Papel do Enfermeiro Obstetra-

Patrícia Alexandra dos Santos Sousa
Orientadora: Prof. Esmeralda Afonso

LISBOA
Dezembro de 2013

“Para mudar o mundo há que mudar a forma de nascer”

Michel Odent

Ao meu marido por tudo...

À prof.^a. Esmeralda Afonso por toda a dedicação e orientação

À Enfermeira Especialista Isabel Moreira, por toda a atenção, dedicação carinho,
incentivo e partilha de conhecimentos

Às amigas Vanessa Cunha e Joana Lopes

A todos os que já não se encontram, mas que estão sempre comigo...

A todos os casais que aceitaram partilhar o momento do nascimento comigo,
aceitando serem cuidados por mim

ABREVIATURAS/SIGLAS

APEO – Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras

BP – Bloco de Parto

CMESMO – Curso de Mestrado Enfermagem Saúde Materna e Obstétrica

CTG – Cardiotocografia

EC – Ensino Clínico

EESMOG – Enfermeiro Especialista de Saúde Materna Obstétrica e Ginecológica

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

ESMO – Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

EV – Endovenosa

FAME – Federação de Associação de Matronas de Espanha

FCF – Frequência Cardio Fetal

HELLP – Síndrome

HTA – Hipertensão Arterial

ICM – Internacional Confederation of Midwives

IPN – Iniciativa Parto Normal

LTM – Líquido tinto mecónio

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

RN – Recém-nascido

RSL – Revisão Sistemática da Literatura

SNS – Sistema Nacional de Saúde

TP – Trabalho de Parto

UC – Unidade Curricular

RESUMO

Este relatório foi elaborado no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Tem como objetivos: descrever, analisar e avaliar as actividades desenvolvidas no ensino clínico (EC) em bloco de partos, relacionadas com os cuidados à mulher/RN/família nos 4 estádios do TP; tem também como objetivo identificar as estratégias facilitadoras da promoção da posição vertical durante o Trabalho de Parto, sendo esta definida como “*prática demonstradamente útil*” pela Organização Mundial de Saúde, na Obra “Assistência ao Parto Natural: guia prático” (OMS, 1996).

A metodologia utilizada baseou-se numa Revisão Sistemática da Literatura com a questão PIC(o): “Quais os benefícios materno-fetais da posição vertical no Trabalho de Parto e qual o papel do EESMOG na promoção desta posição”, *que* orientou a definição de objetivos e atividades a desenvolver em EC, relacionadas com a promoção da posição vertical no Trabalho de Parto, possibilitando a observação e análise dos seus resultados.

O EC teve com ênfase o desenvolvimento de competências específicas de EESMOG, tal como o preconizado pela Ordem dos Enfermeiros e pela *International Confederation of Midwives*. Foram inúmeras as atividades desenvolvidas ao longo do mesmo, as quais se encontram descritas no presente relatório. Ao longo do EC foram desenvolvidas competências no cuidado especializado à mulher/casal/RN saudável durante o período pré-natal, durante o trabalho de parto e pós-parto, assim como à mulher a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica. Como referência na prestação de cuidados especializados à mulher/casal/RN saudável e na promoção da utilização das posições verticais, utilizei o modelo teórico de Betty Neuman.

Durante o EC foram também aprofundados conhecimentos relacionados com a temática estudada, *estratégias facilitadoras da promoção da posição vertical durante o TP* (1º e 2º estágio). Neste âmbito tive oportunidade de desenvolver competências no cuidado especializado à mulher/casal na promoção da utilização da bola de parto, na deambulação, desde que existissem condições obstétricas, assim como na

utilização da posição de quatro apoios, na posição de sentada na cama e na posição de semi-fowler, ao longo de todo o processo de TP. Ao longo da minha prática clínica pude constatar que as mulheres que se encontravam mais motivadas para a utilização da posição vertical foram as que, durante a gravidez, tinham recebido informação sobre esta temática, quer nas consultas de vigilância, quer nos cursos de preparação para o nascimento. Esta minha constatação encontra-se em concordância com os dados da RSL. Foram também observadas, na prática clínica, algumas das vantagens da utilização da posição vertical referidas na literatura, nomeadamente nas alterações cardiotocográficas, a nível do controlo e alívio da dor a nível da região lombar. Todas as mulheres que utilizaram uma posição vertical durante o TP referiram grande satisfação perante o seu parto.

Palavras-chave: *empoderamento da mulher; estratégias facilitadoras da posição vertical no TP; parto normal; vantagens da posição vertical no TP*

ABSTRAC

This report was prepared as part of the curricular internship with report, of the 3rd Maternal Health Nursing and Midwifery Master Course, at Escola Superior de Enfermagem in Lisbon. Aims to be: described, analyze and evaluate the clinical education activities developed in the birth delivery block, related to women care/newborn/family (in 4 stages of labor), as well as to identify the facilitators' strategies to promote the vertical position during labor, which is defined as a "*demonstrated useful practice*" by the World-wide Organization of Health (OMS), on "Care in Natural Birth: A Practical guide " (1996).

The used methodology was based on a systematic literature review with the PIC(o) question: "What are the benefits of maternal-fetal vertical position during labor and the Nurse-Midwife role on promoting this position," that guided aims and activities definition to be developed in clinical education, relating to the promotion for vertical position during labor, enabling the observation and analysis of its results.

The clinical education had with emphasis the specific skills of Nurse-Midwife's development, as envisioned by the Order of Nurses and the *International Confederation of Midwives*. There were numerous activities along with it, which are described in this report. While the clinical education competences were developed in the specialized care for women/couples/healthy newborn infants during the prenatal, labor and postpartum period, as well as for the women to experience the health/gynecological disease. As a reference in providing specialized care for women/couple/health newborn and on promoting the use of vertical positions, I have used Betty Neumann's theoretical model.

During clinical education were also expertise knowledge related to the studied of this thematic, facilitators' strategies to promote the vertical position during labor (1st and 2nd stage). In this context I had the opportunity to develop skills in the specialized care for women/couples in promoting the use of "birthing ball", during deambulation whenever there were duly obstetric conditions , as well on the use of the four supports position (hands and knees), in sitting on the bed and in semi-sitting's position throughout the entire labor process. Throughout my clinical practice I could confirm that the more motivated women to use the vertical position were who got

more information concerning this concept during pregnancy, either during routine monitoring or in prepare for labor courses.

My conclusion follows the consistency of systematic literature review data. Some of the advantages on using the vertical position reported in the literature were also observed during clinical practice, such as cardiotocography changes, lumbar pain control and relief. All women who used an upright/vertical position during labor have reported great satisfaction with their birth delivery.

Keywords: Women's empowerment; facilitators' strategies to promote the vertical position during labor; normal labor; vertical position during labor advantages/benefits.

ÍNDICE	PAG
INTRODUÇÃO	11
1 – ENQUADRAMENTO TEORICO	17
1.1 – Parto Normal	17
1.2 – Posições verticais durante o trabalho de parto	18
1.2.1 – Vantagens da posição vertical	20
1.3 – Cuidar em Enfermagem na promoção do parto normal	21
2 - METODOLOGIA	28
2.1 – Contextualização do local de Ensino Clinico	28
2.2 – Atividades desenvolvidas em Ensino Clinico	28
2.3 – Revisão Sistemática da Literatura	31
3 – DESCRIÇÃO, ANÁLISE E AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS EM EC	38
3.1 – Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal	39
3.2 – Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto	41
3.3 – Cuidar a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica	48
3.4 – Promoção da posição vertical durante o primeiro e segundo estágio do trabalho de parto	49
3.4.1 – Discussão e análise dos resultados e conclusão da revisão	51
4 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	58
5 - BIBLIOGRAFIA	63
APÊNDICE 1 Quadro nº 1 – Análise dos artigos selecionados	

INTRODUÇÃO

A realização deste Relatório refere-se ao Ensino Clínico (EC) "Estágio com Relatório", do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, realizado na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL). Este Ensino Clínico decorreu no Bloco de Partos de um Hospital Central de Lisboa e Vale do Tejo, de 14 de Fevereiro a 12 de Julho de 2013, num total de 750 horas.

Para Salvador (1986) um relatório é uma descrição objetiva de acontecimentos, factos ou atividades, acompanhada por uma análise rigorosa dos resultados, sempre com o objetivo final de tirar conclusões ou tomar decisões. A elaboração deste relatório permitiu-me refletir acerca das atividades desenvolvidas ao longo de todo o EC, para dar resposta aos objetivos de estágio, assim como para o desenvolvimento de competências do Enfermeiro Especialista de Saúde Materna Obstétrica e Ginecológica (EESMOG), regulamentadas pela Ordem dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros 2010), e pela International Confederation of Midwives (ICM). Pretendo também, com a elaboração deste relatório a sua discussão pública, a obtenção do grau de Mestre.

Durante o EC, para além de desenvolver competências de EESMOG, propus-me trabalhar uma problemática com maior profundidade - os posicionamentos da mulher durante o trabalho de parto (apenas durante o primeiro e segundo estágio do trabalho de parto) - de forma a adquirir mais competências nessa área.

Para Alarcão (2001, p. 53), competência é um “conjunto de conhecimentos, capacidades, comportamentos, motivos e atitudes e revela-se nos níveis de desempenho adequado às circunstâncias”. O desenvolvimento de novas competências implica uma reconstrução da identidade profissional que se vai circunscrevendo à especificidade.

O parto é talvez dos momentos mais importantes na vida de uma mulher e a forma como esta o vai vivenciar será determinante e marcante para o resto da sua vida. Cabe ao EESMOG proporcionar à mulher uma experiência de parto positiva, agradável. Para isso, há que saber respeitar a opinião da mulher e as suas opções,

explicar todos os procedimentos realizados, conversar com ela, promover a confiança.

A vontade de trabalhar a problemática - os posicionamentos da mulher durante o trabalho de parto - surgiu ainda antes do início deste mestrado, a nível pessoal, no meu círculo de amizades. Ouvia muitas vezes algumas das minhas amigas falarem sobre a posição em que foram colocadas para parir, algumas referindo mesmo que se lhes tivessem dado oportunidade de utilizar uma posição de “cócoras” teria sido mais “fácil”. Sempre me interessei muito pelo parto normal, devido a uma grande vontade de, um dia, passar por um parto assim. Quando comecei a frequentar o mestrado, durante as aulas de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (ESMO) onde esta temática foi abordada, comecei a ter a perceção de que tinha algum sentido o que eu pensava acerca dos posicionamentos durante o trabalho de parto. Também a bibliografia que pesquisei e as indicações da OMS vão nesse sentido. Inclusivamente, a Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras (APEO), com a colaboração da Federação de Associações de Matronas de Espanha (FAME), apresentou um documento de consenso intitulado “Iniciativa Parto Normal” (IPN, 2009), baseando-se na evidência científica, onde definiu e elaborou estratégias para a assistência ao parto normal que estão de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1996). Também a OMS elaborou um documento onde faz referências às práticas aconselhadas e facilitadoras do trabalho de parto e às práticas a evitar.

A escolha deste tema prende-se com o facto de considerar que a mulher deve ter uma posição pró-ativa durante o trabalho de parto, deve ser respeitada e ouvida. Assim contribuiremos para que as mulheres se sintam mais felizes e que tenham experiências de parto positivas. Fornecer a informação e as opções necessárias à mulher para que possa fazer escolhas esclarecidas, no seu parto, parece ser um aspeto crucial de apoio e valorização pela tomada de decisão neste momento tão importante (Brazelton, 1992).

Este é um aspeto muito importante, mesmo em termos económicos, se olharmos para o nosso País e toda a conjuntura atual, todos os dias ouvimos dizer que a taxa

de natalidade esta a diminuir, cada vez se ouve falar mais em medidas de contenção a nível da saúde. Ao analisar o acontecimento do parto do ponto de vista económico, podemos constatar que os recursos humanos e materiais despendidos no parto normal são muito inferiores aos necessários em partos distócicos. Por exemplo, relacionado com este assunto a OE redigiu um documento, que foi entregue ao governo, com 15 propostas para melhorar a eficiência do Sistema Nacional de Saúde (SNS), sendo que uma delas faz referência à promoção do parto normal, pretendendo reduzir 20% a taxa de cesarianas até 2015.

O EESMOG ao promover o parto normal está assim a contribuir também para a redução dos gastos hospitalares; mas para isso é necessário que os mesmos recebam formação, estejam despertos e motivados para as estratégias que podem utilizar.

A problemática estudada e desenvolvida vai de encontro aos objetivos delineados pela OE, podendo trazer vários contributos não só a nível pessoal, mas a nível de toda a comunidade.

A OMS, baseando-se na evidência científica, aponta orientações cada vez mais no sentido de uma maior humanização do parto. Para tal, desenvolveu uma classificação das práticas comuns na condução do parto normal, orientando para o que deve ser feito e o que deve ser evitado no processo do parto, para que este possa ser o mais fisiológico possível. Foram definidas quatro categorias:

- A – Práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas;
- B – Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas;
- C – Práticas em relação às quais não existem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela, até que mais pesquisas esclareçam a questão;
- D – Práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado. (OMS, 1996, p.1).

Segundo Gupta e Nikodem (2001) *cit in* Lowdermilk (2008, p.344) “a posição afeta as adaptações anatómicas e fisiológicas da mulher ao trabalho de parto. Mudanças frequentes de posição aliviam a fadiga, aumentam o conforto e melhoram a circulação. Deste modo, a mulher em trabalho de parto deve ser encorajada a adotar

as posições que considere mais confortáveis.” A mulher deve ter o direito de decidir pela posição que seja mais confortável, ela deve “ouvir o seu corpo” e perceber o que é melhor para si.

As posições verticais trazem benefícios para o trabalho de parto, nomeadamente o aumento da eficácia uterina, o aumento das contrações e a sua eficácia e o aumento do fluxo sanguíneo útero-placentário. As mulheres devem ser incentivadas a parir na posição que lhe seja mais confortável (Amorim, *et al*, 2010). Segundo o documento de consenso da OE (2012, p.23):

no âmbito da prática clínica: (7) devem fomentar-se práticas especiais apoiadas na evidência científica, benéficas na promoção do processo fisiológico do trabalho de parto, nascimento e pós-parto, incluindo: Respeitar o ritmo do trabalho de parto; Utilizar o partograma para registar o processo do trabalho de parto; Oferecer acesso a líquidos claros a gosto, durante o trabalho de parto; Apoiar a liberdade de movimentos da mulher oferecendo-lhe instrumentos que possibilitem a posição vertical; Possibilitar o contato pele a pele imediato e prolongado, promovendo os processos de vinculação e amamentação.

Para atingir os objetivos e as competências específicas do EESMOG é impreterível planejar atividades, tendo sempre um quadro de referência baseado num modelo teórico. A utilização e aplicação de um modelo teórico, num estudo, permitem-nos aprofundar os conhecimentos e orientar a prática da enfermagem, pois “os modelos conceptuais podem servir de quadro de referência num estudo” (Fortin, 1999, p.91).O modelo teórico que escolhi como referência foi o de Betty Neuman, uma vez que considero ser um modelo muito adaptado ao cuidado de enfermagem no âmbito da saúde materna.

Neuman no seu modelo teórico faz referência a "sistemas", sendo que um sistema tanto pode ser a mulher, como toda a família, ou seja deveremos integrar a mulher e toda a família no cuidado de enfermagem. Em "bloco de parto" a mulher está sujeita a vários stressores, podendo estes ser de carater interpessoal, intrapessoal ou extrapessoal. Após a identificação dos stressores podemos planejar atividades a vários níveis de intervenção primária, secundária e terciária. Este é um modelo teórico em que é dada grande ênfase à educação para a saúde e prevenção de

doença, vendo a mulher/família como uma entidade única. Este Modelo de Sistemas é:

uma abordagem de sistemas dinâmica e aberta ao cuidar do cliente originalmente desenvolvida para fornecer um ponto de interesse unificador para a definição de problemas de enfermagem e para melhor compreensão do cliente em interação com o ambiente. Enquanto sistema, o cliente pode ser definido como pessoa, família, grupo, comunidade ou assunto (Allygood e Tomey, 2004, p.337).

De acordo com os objetivos preconizados no Documento Orientador da Unidade Curricular “Estágio com Relatório” (ano letivo 2012-2013) e com a problemática específica que pretendia desenvolver, no EC, delineei 4 objetivos gerais para o estágio:

- ❖ Desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais que me permitam cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, potenciando o bem-estar materno-fetal;
- ❖ Desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais que me permitam cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto (TP);
- ❖ Desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais que me permitam cuidar da mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica;
- ❖ Desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais que me permitam proporcionar à mulher a oportunidade de poder optar por uma posição vertical durante o primeiro e segundo estágio do TP.

Este relatório encontra-se dividido em 4 pontos. No primeiro ponto será feita uma abordagem mais teórica, enquadrando teoricamente o parto normal e as posições verticais durante o TP, assim como é abordado o cuidado de enfermagem na promoção do parto normal, utilizando o Modelo Teórico de Betty Neuman No segundo ponto está descrita a metodologia utilizada no estudo da problemática específica e apresentadas as várias etapas da revisão sistemática da literatura. No terceiro ponto serão descritas e analisadas, de forma crítica, todas as atividades desenvolvidas ao longo do EC, tal como é feita uma discussão dos resultados

obtidos confrontando-os com os resultados dos artigos da revisão sistemática da literatura. Por último no quarto ponto exponho as considerações finais, onde são feitas algumas considerações éticas e implicações para a prática. Neste último ponto menciono também as limitações ao estudo realizado.

1 – ENQUADRAMENTO TEORICO

Neste ponto irá ser feita uma contextualização teórica da problemática específica em estudo, baseando-se na literatura consultada ao longo do desenvolvimento deste projeto.

Será também abordado o cuidado de enfermagem na promoção do parto normal, utilizando o Modelo Teórico de Betty Neuman

1.1 – O Parto Normal

O nascimento historicamente é visto como um acontecimento natural e marcante na vida da mulher/casal. É uma nova etapa nas suas vidas. A chegada de um novo elemento ao núcleo familiar acarreta inúmeras alterações, é marcado pela transição para a parentalidade, que se prende com laços fortes e duradouros. Para Brazelton (1988, p.15):

ter um filho é um dos acontecimentos mais desafiadores da vida, talvez o maior de todos. É uma ocasião para crescimento e amadurecimento pessoais, bem como a possibilidade excitante para criar e tornar-se responsável por outro ser humano. É uma ocasião para se perpetuar e ter outra possibilidade na vida.

O parto normal é definido pela OMS (1996) como aquele que tem início espontâneo, de baixo risco no início do trabalho de parto, mantendo-se assim até ao nascimento. A criança nasce espontaneamente em posição cefálica entre as 37 e as 42 semanas de gestação. Após o nascimento, tanto a criança como a mãe encontram-se em boas condições de saúde.

Segundo Lowdermilk (2008, p.346) “o decurso do trabalho de parto normal, que é razoavelmente constante, consiste em (1) progressão regular das contrações uterinas, (2) apagamento e dilatação progressivos do colo e (3) progressão na descida da apresentação. Estão estipulados quatro estádios de trabalho de parto.” Também, segundo Lowdermilk (2008), o **primeiro estágio** do trabalho de parto inicia-se com as primeiras contrações regulares que a mulher sente e termina com a dilatação total do colo. Este estágio, segundo Graça (2010), citando Friedman, está dividido em duas fases principais a que designou por fase latente e fase ativa. A

fase latente inicia-se com o início das contrações regulares e termina quando o colo está completamente apagado, ou seja, cerca de 3 cm de dilatação, dando-se então início à **fase ativa**, durante a qual o colo se dilata a maior ritmo até ser atingida a dilatação completa.

De acordo com o que nos diz Lowdermilk (2008), o **segundo estágio** decorre desde a dilatação completa até ao nascimento do feto. O **terceiro estágio** decorre entre o nascimento do feto e a expulsão da placenta. Por fim e não menos importante o **quarto estágio**, regra geral, dura cerca de 2h após a expulsão da placenta. Este é um período de recuperação imediata em que se restabelece a homeostase e que requer grande vigilância para despistar precocemente prováveis complicações.

1.2 – Posições verticais durante o Trabalho de Parto

Apesar da posição da parturiente afetar as suas adaptações fisiológicas e anatómicas a mulher deixou de realizar aquilo que segundo a história seria uma prática comum - o hábito de a mulher se manter em movimento e em posição vertical durante o trabalho de parto. Este facto deve-se, em parte, à evolução da ciência e da tecnologia, que ao longo dos tempos transformou o ato natural de parir num ato biomédico, mais intervencionista, alterando a espontaneidade da mulher perante o parto. Na atualidade na cultura ocidental tem-se assistido a um regresso ao “parto normal”, no entanto imbuído dos conhecimentos científicos promotores de segurança e bem-estar materno e fetal (Bio, *et al*, 2006).

A liberdade de movimento, assim como as posições verticais, são de extrema importância para facilitar o nascimento, representando a melhor forma de usar a força da gravidade, facilitando a descida do bebé, aumentando o tamanho e forma da pélvis, permitindo responder à dor de forma ativa e acelerando o processo do trabalho de parto. O útero responde ao movimento trabalhando com maior eficácia (Lamaze, 2003).

A mulher deve ser incentivada a deambular desde que as membranas se mantenham intactas, a apresentação fetal esteja encravada, após a rutura de membranas, e não tenha feito terapêutica analgésica (Lowdermilk e Perry, 2008).

São várias as posições que a mulher pode optar no 1º e 2º estágio do TP, estas posições e as suas vantagens encontram-se de seguida descritas.

Posição de decúbito lateral

Está indicada porque promove o fluxo sanguíneo uteroplacentário e renal, aumenta os níveis de oxigénio fetal, alivia a dor lombar, possibilitando a realização de massagens na região lombar, alivia também a pressão a nível do períneo reduzindo o risco de trauma (Gupta e Hofmeyr, 2003, *cit in* Lowdermilk e Perry, 2008). É considerada uma boa posição para nascer. Caso a mulher necessite de ficar deitada esta deverá ser aconselhada a mudar de posição de 30/30 min ou 60/60 min. Caso fique em posição dorsal deve colocar uma almofada em cunha por baixo da anca para evitar a compressão da veia cava pelo útero (Lowdermilk e Perry, 2008).

Posição de semi-fowler

Nesta posição a mulher necessita de maior apoio, através de infraestruturas ou do companheiro, para conseguir fazer força, pois o seu peso força o sacro a mover o cóccix para a parte anterior, possibilitando assim a redução do estreito inferior da bacia. Porém nesta posição os músculos abdominais encontram-se em sincronia com as contrações, trabalhando em conjunto. (Lowdermilk e Perry, 2008).

Posição de pé

É vantajosa uma vez que ajuda na descida da cabeça fetal, diminui o 2º estágio do trabalho de parto, a necessidade de episiotomia, e o risco de se ter que recorrer ao fórceps ou ventosa.

quando uma mulher está na posição de pé, o seu peso é sustentado pelas duas cabeças femorais, permitindo que a pressão no acetábulo provoque um aumento de 1 cm no diâmetro transversal do estreito pélvico. Isto pode ser útil se a descida da cabeça está atrasada, como resultado da não rotação do occipital da posição lateral (diâmetro transversal da bacia) para a posição anterior. Lowdermilk (2008, p. 460).

Posição de Cócoras

É considerada uma das mais eficazes, sendo facilitadora da descida e nascimento. Nesta posição a mulher necessita de auxílio, pode utilizar a bola de parto ou a barra lateral da cama de partos (Lowdermilk e Perry, 2008).

Posição de “quatro apoios” (sobre as mãos e joelhos)

É uma boa posição para ser utilizada numa distócica de ombros, para além disso ajuda na perfusão uteroplacentária, ajudando o movimento pélvico, facilitando a rotação interna do feto, aumentando a mobilidade do cóccix e os diâmetros pélvicos e utilizando a gravidade para virar o dorso do feto e rodar a cabeça para a frente (Simkin e Ancheta, 2000, *cit in* Lowdermilk e Perry, 2008).

A posição de quatro apoios segundo, (Stremmler, 2005), é uma posição muito confortável para as mulheres e muito bem tolerada por estas, em situações em que o feto se encontra em occipitoposterior, uma vez que reduz a dor lombar persistente.

Bola de parto

A bola de parto foi considerada por Collters (2000) como um recurso a utilizar em todos os serviços de obstetrícia e blocos de parto. A sua utilização promove a postura vertical e proporciona liberdade de mudança de posição à grávida, o que contribui para a sua participação ativa durante o processo de nascimento. A realização de exercícios com a bola na posição vertical (sentada) trabalha a musculatura do soalho pélvico, o que envolve em especial os músculos levantadores do ânus (pubococcígeo) e a fáscia da pelve (Carrière, 1999).

1.2.1 – Vantagens da posição vertical

APEO e FAME (2009, p.65) referem que:

a evidência disponível sugere que se a mulher estiver em posição vertical na primeira fase do trabalho de parto tem menos dor, menos necessidade de analgesia epidural, menos alterações no padrão da FCF e encurta o tempo na primeira fase do trabalho de

parto. Para além do mais, a verticalidade e o movimento permitem que o bebé tenha o máximo de espaço possível na pelve.

Segundo APEO e FAME (2009, p.85) “está demonstrado que as posições verticais no período expulsivo têm benefícios evidentes. Por isso, se a mulher a prefere durante o parto, dever-se-ia favorecer a posição vertical e evitar o uso da posição supina, particularmente a de litotomia.” Ainda segundo os mesmos autores: “poder mover-se livremente durante o processo de parto ajuda a mulher a lidar com a sensação dolorosa. A posição de supina está contraindicada no trabalho de parto, dado que a compressão que se exerce na aorta-cava pode comprometer tanto a mãe como o bem-estar fetal.” (2009, p. 85)

Como se referiu, são inúmeras as vantagens apontadas por vários autores, em relação à utilização da posição vertical durante o trabalho de parto. Entre elas podem-se destacar: diminuição da dor, aumento da eficácia da contractilidade uterina, aumento do fluxo sanguíneo útero-placentário, diminuição do tempo de trabalho de parto, quer no primeiro estágio, quer no segundo. A força da gravidade na posição vertical é favorável à descida do feto ao longo do canal de parto, aumentando a eficácia das trocas materno-feto-placentários durante mais tempo, o que diminui o risco de sofrimento fetal, mesmo quando o período expulsivo estiver aumentado. A necessidade de uso de ocitocina e de analgesia encontram-se diminuídas, além de existir menor frequência de parto vaginal instrumental (Romano, A. e Lothian, J., 2008) tal como (Mamede *et al*, 2004).

Lowdermilk (2008, p.344) refere-nos que “o posicionamento para o segundo estágio de trabalho de parto pode ser determinado pela preferência da mulher; contudo é limitado pela situação da mulher ou do feto, ou pelo ambiente e pela confiança do profissional de saúde em assistir o parto numa posição específica”.

1.3 – Cuidar em Enfermagem na promoção do parto normal

Tal como foi referido anteriormente o modelo que tive por referência no cuidar de enfermagem à mulher/família/RN saudável foi o Modelo de Sistemas de Betty

Neuman. Neste modelo são palavras-chave a pessoa/cliente; a saúde; o ambiente e os cuidados de enfermagem.

Ao contrário de outros modelos teóricos em que o indivíduo é abordado como um ser compartimentado, o Modelo de Sistemas vê a pessoa, denominada de cliente, de forma global e multidimensional. Neste sistema todos os elementos são vistos em constante interação, tendo assim uma visão holística do cliente e estabelecendo uma relação dinâmica integrada na família, grupo ou comunidade. Quando existe harmonia entre as partes do sistema e o cliente, ou seja as necessidades do sistema são satisfeitas, Betty Neuman denomina por bem-estar, por outro lado quando ocorre desarmonia e não existe satisfação das necessidades do sistema em vários níveis, denomina por doença.

Cada sistema/cliente tem diversas necessidades e cada uma pode afetar a sua harmonia ou estabilidade, sendo por isso um processo de adaptação dinâmico e contínuo. A palavra stress é dada a uma resposta não-específica do corpo a qualquer pedido que lhe seja feito. Os stressores são estímulos que produzem tensão, podendo ser positivos ou negativos e ainda intrapessoais, interpessoais, ou extrapessoais, resultando em stress. O sistema/cliente encontrasse protegido por uma linha de defesa flexível, esta é dinâmica e pode ser alterada rapidamente, de forma a protegê-lo dos stressores de forma a manter a harmonia do sistema. Os cuidados de enfermagem vão atuar de forma a ajudar o cliente a manter a sua harmonia e podem ocorrer antes ou depois de a linha de defesa ser afetada. As intervenções de enfermagem podem ser a nível da prevenção primária (utilizada para proteger o organismo antes de ser afetado pelo stressor), da prevenção secundária (tem como finalidade reduzir o efeito dos stressores através do diagnóstico precoce e do tratamento eficaz dos sintomas de doença), e da prevenção terciária (pretende reduzir os efeitos residuais do stressor depois do tratamento) (Allygood e Tomey, 2004).

Quando se fala na área da saúde materna o sistema alvo dos cuidados de enfermagem pode ser a mulher, o casal, o RN saudável ou a família. O EESMOG ao planejar cuidados de enfermagem deve ter em atenção qual é o sistema em questão,

identificar os stressores e planejar intervenções a nível primário, secundário e/ou terciário. Contudo nesta área a intervenção do EESMOG vai incidir sobretudo ao nível da prevenção primária, de forma a proteger o sistema de possíveis stressores, ou de o fortalecer e capacitar de forma a diminuir a sua reação aos mesmos. A OE (2012, p.22) refere como práticas promotoras do parto normal “disponibilizar cuidados médicos e de enfermagem especializados em saúde materna e obstétrica, aos três níveis de prevenção (primária, secundária e terciária), de modo a garantir que os cidadãos possam ser adequadamente informados sobre o parto normal e estratégias de adaptação/coping” assim como “oferecer informação e educação sobre a gravidez, preparação para o nascimento e parentalidade, centrada nas necessidades da mulher/casal/família, facultadas pelos profissionais de referência na vigilância pré-natal (...)” (OE 2012, p.23).

Segundo a OMS (1996) o prestador de cuidados deve ser atencioso e empático para dar apoio à parturiente e à sua família. Na assistência durante o parto normal, é necessário apenas uma observação cuidadosa por parte do EESMOG, a fim de detetar sinais precoces de complicações. Não necessita intervenção (instrumentalização), e sim estímulo, apoio e carinho. Lowdermilk e Perry (2008, p.415) referem “os cuidados de enfermagem centram-se na avaliação e apoio à mulher e à sua família durante o processo de trabalho de parto e durante o parto, de forma a garantir os melhores resultados possíveis para todos os envolvidos”.

Durante o trabalho de parto são muitos os stressores a que a mulher/casal estão sujeitos. Para Lowdermilk e Perry (2008, p.422)

a forma como a mulher e a sua família abordam o trabalho de parto está relacionada com a forma como foram socializados para o processo de maternidade. As suas reações refletem as suas experiências de vida relacionadas com o parto – em termos físicos, sociais, culturais e religiosos. Os sentimentos da mulher em relação à sua gravidez e os seus receios relativamente ao parto devem ser discutidos. (...) Os medos não ultrapassados aumentam o stresse da mulher e podem inibir o processo do trabalho de parto como resultado do efeito inibidor das catecolaminas associado com a resposta ao stresse das contrações uterinas.

O EESMOG deve incentivar a mulher em TP a exprimir as suas preocupações, uma vez que estas são inúmeras e muito diversas e as mulheres raramente as colocam de forma voluntária (Lowdermilk e Perry, 2008). Assim como deve ter em atenção o ambiente no BP, uma vez que é na maioria das vezes um local completamente desconhecido para as mulheres, induzindo stress. É importante ter em atenção a decoração das salas de parto, assim como providenciar um ambiente acolhedor. Segundo APEO e FAME (2009, p.33) “os fatores que podem induzir stress nas parturientes durante as contrações têm que minimizar-se, dado que a saúde emocional da mulher poder ficar afetada a longo prazo por esta experiência” os mesmos autores referem ainda que “(...) cuidar do ambiente em que se encontra a parturiente, assim como das suas necessidades individuais, pode contribuir para que o parto se desenvolva de um modo mais satisfatório para a mulher”.

Um outro aspeto muito importante na assistência à mulher em TP é proporcionar-lhes apoio contínuo, uma vez que já foram demonstrados vários benefícios deste, nomeadamente a menor utilização de analgesia farmacológica, um menor número de partos vaginais instrumentais e de cesarianas, assim como aumenta a satisfação da mulher perante a experiência de parto. O apoio pode ser proporcionado pelo companheiro ou por uma outra pessoa significativa. Sendo a escolha da responsabilidade da mulher, o EESMOG deve respeitar a sua decisão e proporcionar-lhe também apoio físico e emocional. O apoio proporcionado à mulher durante o TP quer por profissionais quer por familiares melhora a fisiologia do parto e a sensação de confiança materna, assim como reduz as consequências adversas do medo e do stress associado ao TP e a um ambiente desconhecido (APEO e FAME, 2009).

Na assistência à parturiente durante o período de TP são inúmeras as intervenções realizadas pelo EESMOG. Irá ser feita referência apenas às intervenções independentes de enfermagem e as que podem induzir maior stress nas mulheres.

De acordo com APEO e FAME (2009, p.43) “é importante avaliar de forma periódica os sinais vitais da mulher (frequência cardíaca, tensão arterial e temperatura) para efetuar uma adequada avaliação do risco e detetar possíveis problemas”. O toque

vaginal é a prática mais utilizada para avaliação da progressão do TP, no entanto, para APEO e FAME (2009, p.43), “o número de toques deve limitar-se aos estritamente necessários. São habitualmente vivenciados pelas mulheres como uma fonte de ansiedade, uma vez que invadem a sua privacidade e intimidade”.

A dor durante o trabalho de parto é um stressor, que se encontra presente na maioria das vezes, com o qual a mulher vai ter de saber lidar. Segundo a OMS (1996) praticamente todas as mulheres sentem dor durante o trabalho de parto, no entanto as respostas de cada uma delas a esta são diferentes. O EESMOG tem um papel muito importante na ajuda à mulher a lidar com a dor durante o TP. O seu alívio pode ser obtido através de fármacos, no entanto a abordagem não farmacológica é muito mais importante, sendo nesta área que o EESMOG pode intervir mais, através do fornecimento de informações tranquilizadoras à parturiente, mesmo ainda durante o período pré-natal. O apoio empático de prestadores de cuidados, antes e durante o trabalho de parto, pode diminuir a necessidade de analgesia farmacológica e assim melhorar a experiência de parto. Segundo APEO e FAME (2009, p.65) “o alívio da dor durante o parto contribui para aumentar o bem-estar físico e emocional da parturiente e deve ocupar um lugar prioritário nos cuidados da parteira” referindo também que “a dor experimentada pelas mulheres durante o trabalho de parto é produto de uma acumulação de estímulos fisiológicos, psicológicos e socioculturais. As sensações diferem substancialmente de uma mulher para outra em cada um dos seus partos”. Para ajudar a mulher a lidar com a dor durante o trabalho de parto o EESMOG pode aconselhar várias técnicas não farmacológicas tais como: deambulação e mudanças frequentes de posição durante os períodos de dilatação e expulsivo, apoio contínuo à grávida, o uso de água como analgésico (hidroterapia) e estimulação nervosa elétrica transcutânea (TENS), acupuntura, técnicas de relaxamento e massagens (APEO e FAME 2009).

O tempo que cada mulher leva desde a entrada no BP até ter o seu filho junto de si é muito diferente; as mulheres que têm TP mais curtos acabam por estar menos sujeitas a alguns stressores. Porém para algumas mulheres o TP é muito demorado e quando se encontram internadas no BP, para além da sua intimidade e privacidade se encontrarem comprometidas, também algumas necessidades básicas

de vida se encontram comprometidas, nomeadamente a alimentação. Para algumas mulheres o facto de não lhes permitirem alimentar-se pode ser um stressor, “para algumas mulheres, a proibição de tomar alimentos sólidos ou líquidos durante o parto representa um problema” (APEO e FAME 2009, p.55). Segundo APEO e FAME (2009, p.53) “não existe evidência suficiente que justifique o jejum das mulheres em trabalho de parto pelo risco de aspiração de conteúdo gástrico” e “a restrição de comida e bebida pode resultar em desidratação e cetose” perante estes dados “não se deve impedir a ingestão de alimentos e líquidos às mulheres de baixo risco e com evolução normal do trabalho de parto”.

Também a deambulação se encontra muitas vezes comprometida, quando as mulheres passam muitas horas internadas no BP em TP, no entanto estudos recentes mostram que é benéfico tanto para a mulher como para o processo de TP esta poder movimentar-se livremente. De acordo com Lowdermilk e Perry (2008, p.446) “a liberdade para a mãe deambular sem restrições e de escolher a posição durante o trabalho de parto são formas de cuidado consideradas benéficas para a mulher em trabalho de parto e devem ser encorajadas”. Também APEO e FAME defendem a promoção da posição vertical durante o TP: “a evidência disponível sugere que se a mulher está em posição vertical na primeira fase de parto sofre menos dor, apresenta menos necessidade de analgesia epidural, menos alterações da frequência cardíaca fetal, e encurta o tempo da primeira fase de parto” (APEO e FAME, 2008, p.50). As posições verticais não têm só benefícios na primeira fase do TP, mas também durante o período expulsivo. Como tal o EESMOG deve promover junto das mulheres a utilização da posição vertical, evitando a posição de supina. Este deve permitir e proporcionar à mulher realizar o seu parto na posição que lhe seja mais cómoda. De forma a promover a posição vertical junto das mulheres, o EESMOG deve mostrar às mulheres durante a gestação imagens das posições verticais, assim como explicar as vantagens e inconvenientes de cada uma (APEO e FAME, 2008).

Em suma durante o TP o EESMOG deve aliviar a ansiedade da mulher explicando-lhe todos os termos utilizados, com os quais esta não se encontra familiarizada, assim como todos os procedimentos realizados e deve prepara-la para as

sensações que vai experimentar. O EESMOG ao encorajar a mulher/casal a colocar todas as questões e ao responder-lhes de forma clara, simples e honesta, ajuda a mulher a conseguir uma experiência de parto mais satisfatória (Lowdermilk e Perry 2008).

2 – METODOLOGIA

Ao longo deste capítulo será feita uma pequena contextualização do local de ensino clínico para melhor compreensão da problemática em estudo. São descritas as atividades desenvolvidas para atingir os objetivos planeados. Serão ainda enumeradas e desenvolvidas as diferentes etapas da Revisão Sistemática da Literatura.

2.1 – Contextualização do local de Ensino Clínico

Para melhor compreensão do objeto de estudo é apresentada uma pequena contextualização do local de EC, que se realizou num Hospital Central de Lisboa e Vale do Tejo. O local onde decorreu o EC é composto pelo Bloco de Parto (BP) e pela Urgência Obstétrica e Ginecológica. Nesta última é efetuada a triagem de todas as mulheres com processos de saúde/doença obstétrica ou ginecológica que recorrem ao serviço de urgência. Na triagem das utentes é utilizado o modelo de triagem de *Manchester* e esta é realizada pelo EESMOG.

No Bloco de Parto, encontram-se as mulheres internadas em trabalho de parto ou para vigilância do bem estar-materno fetal em situação de patologia, necessitando de uma maior vigilância. O serviço é composto por uma sala de dilatação com 3 camas, 3 boxes individuais (onde permanecem as mulheres em fase ativa do TP e onde ocorre o período expulsivo), uma sala de "recobro" com 2 camas (onde permanecem as mulheres no pós-parto e em caso de vigilância e monitorização do puerpério em situações de patologia materna) e tem ainda 2 blocos preparados para a realização de partos distócicos (cesarianas, aplicação de fórceps).

Em todos os turnos estão sempre, no mínimo, 5 EESMOG e 2 enfermeiros generalistas no Bloco de Parto e 1 EESMOG e 1 generalista na Urgência Obstétrica e Ginecológica.

2.2 – Atividades desenvolvidas em Ensino Clínico

Como já foi referido na introdução deste relatório, a UC Estágio com Relatório teve como finalidade o desenvolvimento de competências técnico-científicas e

relacionais, de modo a prestar cuidados especializados em Saúde Materna Obstetrícia e Ginecológica à mulher/família/RN saudável durante o período pré-natal, durante o trabalho de parto e período pós-natal. Para além disso teve também como finalidade o estudo aprofundado de uma problemática específica: os posicionamentos da mulher durante o trabalho de parto (apenas durante o primeiro e segundo estágio do trabalho de parto).

Durante o EC foram muitas as atividades desenvolvidas de forma a dar resposta aos objetivos propostos para o mesmo. Para além do estágio no bloco de parto tive também oportunidade de passar pela urgência Obstétrica e Ginecológica, onde, tal como referido anteriormente, a triagem é efetuada pelo EESMOG, tendo sido uma mais-valia para a aquisição de competências no âmbito do diagnóstico precoce de modo a prevenir complicações para a saúde da mulher. É também pela urgência que é efetuado o internamento direto para o BP, o que me permitiu desenvolver competências, no que diz respeito à avaliação, ao estabelecimento de prioridades e tomada de decisões relativamente às mulheres em TP.

No entanto houve também atividades desenvolvidas em EC anteriores que contribuíram para o estudo e para o desenvolvimento de competências relacionadas com problemática desenvolvida. O EC mais relevante para o desenvolvimento de competências relacionadas com a problemática em estudo, foi o de Cuidados de Saúde Primários. Ao longo do mesmo o meu papel incidiu principalmente na educação para a saúde, na transmissão e validação de conhecimentos e informações acerca das posições durante o TP, uma vez que a mulher deve ser livre de optar pela posição que maior conforto lhe proporcione. No entanto, para que possa tomar uma decisão, deve estar devidamente informada acerca das várias posições que podem ser utilizadas e das vantagens e inconvenientes de cada uma delas. Neste contexto, participei ativamente nas sessões de preparação para o nascimento, abordando, explicando e treinando com as mulheres/casal as várias posições verticais possíveis de adotar durante o TP. Durante a realização das consultas de vigilância da gravidez, sempre que foi oportuno, abordei também o tema. Elaborei folhetos informativos e um poster sobre o tema, ambos para consulta.

É importante a abordagem do parto normal junto das mulheres interessadas, no entanto é fundamental fornecer informação e formação aos profissionais, EESMOG, de modo a sensibiliza-los para a temática e as suas vantagens. Nesse sentido, realizei uma “formação em serviço” no EC de Cuidados de Saúde Primários, onde foi abordado o tema das posições verticais durante o TP e que teve bastante receptividade da parte dos profissionais. Na formação encontravam-se presentes também enfermeiros generalistas que referiram nunca terem ouvido falar desta temática, considerando a formação uma mais-valia para os seus conhecimentos.

No Estágio com Relatório, para além de desenvolver atividades que me permitiram colocar em prática o meu projeto específico, houve também a necessidade de desenvolver atividades que me permitissem desenvolver competências de EESMOG.

Na urgência obstétrica e ginecológica foram então desenvolvidas atividades de despiste e diagnóstico precoce de complicações e patologias na gravidez, (HTA, pré-eclampsia, etc.), avaliação do bem-estar materno-fetal, prestação de cuidados especializados à mulher com patologia ginecológica, e em caso de abortamento e/ou morte fetal, acolhimento e internamento da grávida para o BP.

No serviço de Bloco de Parto, foram desenvolvidas atividades na promoção e avaliação do bem-estar materno-fetal, nomeadamente prestação de cuidados de vigilância da grávida com patologia da gravidez, realização de intervenções não farmacológicas de prevenção e controlo da dor durante o TP, monitorização do TP, identificação e monitorização dos desvios ao padrão normal de evolução do TP, aplicação de técnicas adequadas na execução do parto de apresentação cefálica, realização da revisão e avaliação da integridade do canal de parto e aplicação de técnicas de reparação (episiotomia ou perineotomia), intervenções promotoras da vinculação mãe/pai/RN, intervenções promotoras da proteção e apoio ao aleitamento materno. No período pós-natal, foram desenvolvidas atividades de vigilância do bem-estar da puérpera e RN e prestados todos os cuidados especializados do puerpério imediato.

No Bloco de Parto foram também desenvolvidas atividades que foram de encontro ao meu projeto individual, nomeadamente: sensibilização das mulheres grávidas para as diferentes posições para parir, as suas vantagens e demonstração das mesmas, fornecer informação precisa e pertinente à mulher, de forma, a que esta possa ter uma decisão esclarecida. Tive oportunidade de participar e prestar cuidados de enfermagem à mulher durante o parto em posição de sentada na cama, em posição de semi-fowler e em posição de quatro apoios. Durante a primeira fase do TP, sempre que possível, incentivei a mulher a utilizar a bola de parto e forneci informação acerca da sua utilização e vantagens, incentivei as mulheres à deambulação sempre que possível. Para aprofundar conhecimentos nesta área e poder proporcionar os melhores cuidados à mulher, recorri aos registos efetuados durante o EC, foram feitas anotações relativamente ao que observava e aos cuidados que desenvolvia, assim como consultados vários manuais. Foi ainda realizada uma revisão sistemática da literatura, de forma a utilizar a evidência científica mais recente sobre o assunto. Devido à complexidade da revisão sistemática da literatura todas as etapas são apresentadas no próximo ponto.

2.3 – Revisão Sistemática da Literatura

A revisão sistemática da literatura surge, nos dias de hoje, como uma forte tendência da necessidade de reunir informação para a tomada de decisão em saúde, num contexto global cada vez mais direcionado para a prática baseada em evidências. Foi definida como “uma síntese de estudos primários que contém objetivos, materiais e métodos claramente explicitados e que é conduzida de acordo com uma metodologia clara e reprodutível” (Lopes e Fracoli, 2008; p.772).

Comecei por elaborar a questão orientadora da minha pesquisa, que segundo Galvão *et al* (2004) deverá ser o ponto de partida para a pesquisa de artigos científicos. “Quais os benefícios materno-fetais da posição vertical no Trabalho de Parto e qual o papel do EESMOG na promoção desta posição”. Esta pode ser dividida nos seguintes elementos constituintes:

- Participantes (P) – mulheres em TP

- Fenómeno de Interesse (I) - *benefícios materno-fetais da posição vertical no Trabalho de Parto* e o papel do EESMOG na promoção desta posição
- Contexto (Co) – TP

Os descritores utilizados para realizar a pesquisa foram: *movimento durante o TP/ movement in labor; posição durante o segundo estágio do TP/ second-stage positioning; posições durante o TP/ labor positions; posição para nascer/birthing positions; parto normal/ normal Birth.*

Segundo Fortin (2009, p.85), “qualquer investigação implica um exame seletivo da documentação que se relaciona com o problema de investigação”. Assim, e com o intuito de limitar a pesquisa ao principal interesse, defini os critérios de inclusão e de exclusão a aplicar aos estudos encontrados na minha pesquisa:

Critérios de inclusão:

- Participantes: mulheres que utilizaram qualquer uma das posições verticais durante o primeiro ou segundo estadio do TP.
- Desenho do estudo: Estudos qualitativos, quantitativos e revisões sistemáticas da literatura em língua Portuguesa, Inglesa e Espanhola, teses de mestrado.
- Espaço temporal: Estudos publicados desde 2004 até Janeiro de 2013.

Critérios de exclusão:

- Estudos não indexados a bases de dados científicas e artigos a que não consegui aceder ao Full Text.
- Ausência de concordância com o objeto de estudo considerando o título e o resumo.
- Artigos que se encontravam repetidos em diferentes bases de dados.
- Artigos escritos em outra língua, que não fosse o Português, Inglês ou Espanhol.
- Estudos publicados antes de 2004.

A pesquisa foi realizada durante o mês de Setembro de 2012 e até ao dia 31 de Janeiro de 2013, através dos motores de busca EBSCOhost com seleção das bases de dados CINAHLplus, MEDLINEplus, Cochrane, ERIC e Academic Search Complete, utilizando e conjugando os descritores de pesquisa. Foi utilizada a pesquisa booleana no motor de busca EBSCOhost, com AND e OR para conjugar os 10 termos de pesquisa encontrados. Os 512 textos e resumos encontrados nas pesquisas foram triados e sujeitos a análise da sua elegibilidade através dos critérios de inclusão/exclusão, tendo-se revelado pertinente a pesquisa de alguns dos textos completos com resumo encontrado na pesquisa inicial. Para isso, recorri à pesquisa dos mesmos no motor de busca *Google académico*. Foi efetuada uma avaliação das referências bibliográficas de todos os artigos selecionados, de forma a procurar novas referências e também a procura de teses e dissertações de mestrado que abordassem estes termos e que estivessem publicadas. Foram selecionados para a presente revisão 7 textos, que revelaram maior evidência e pertinência na resposta à questão PIC(o).

Com base nos artigos selecionados na RSL, e de forma a tornar perceptível a metodologia utilizada foi elaborado um quadro (apêndice 1) onde são apresentados os estudos selecionados e os resultados pertinentes para a temática por mim aprofundada. Em seguida será apresentada a análises dos artigos selecionados.

Em sociedades primitivas a posição de trabalho de parto utilizada pelas mulheres era a vertical, evitando mesmo a posição de decúbito dorsal. Num estudo, realizado por um professor de antropologia, relativo às posições de parto, refere que as principais posições utilizadas pelas mulheres em sociedades primitivas eram: sentada, ajoelhada ou de cócoras, relatou ainda que as mulheres permaneciam nestas posições para facilitar o processo de parto e por sentirem menos dor (Mamede *et al*, 2004).

De acordo com Mamede *et al* (2004) o abandono do uso da posição vertical começou a ocorrer a partir do século XVI, devido a muitas causas, no entanto a que mais influenciou foi a comodidade do médico ou pessoal responsável pelo atendimento da mulher em trabalho de parto. Assim sendo, a posição vertical no

trabalho de parto, sob a perspetiva histórica e cultural, foi usada desde a antiguidade e a horizontalidade foi adotada sobretudo para comodidade médica, não tendo em conta a naturalidade do processo de parto.

Nas últimas décadas do século XX, podemos assistir ao crescente aumento da popularidade das posições alternativas à posição de litotomia. No entanto, a maioria das mulheres no mundo ocidental ainda a utiliza e prefere para o seu parto. Algumas mulheres demonstraram um certo constrangimento na utilização de algumas posições verticais, no entanto este facto não as impediu de utilizar, caso as vantagens fossem benéficas (Jonge e Lagro-janssen 2004).

A maioria das mulheres consideram ser importante a enfermeira parteira lhes forneça informação acerca das posições de parto, tendo a expectativa de que isso aconteça. Estas consideram ainda que esta informação é importante para se prepararem para o parto. A informação que a mulher obtém durante a gravidez através quer da enfermeira parteira, quer dos *médica*, influencia a sua decisão sobre a posição a adotar durante o trabalho de parto. Estas preferem que a informação lhes chegue de forma exata e prática, sugerindo mesmo a utilização de panfletos com imagens ilustrativas a explicar as diferentes posições e mecanismos do trabalho de parto (Jonge e Lagro-janssen 2004).

Mamede *et al* (2004), constatou que as parturientes adotam, de certa forma, a posição de litotomia pela influência cultural. Esse aspeto pode ser justificado pelo facto dessas mulheres não serem orientadas e estimuladas durante o acompanhamento pré-natal a adotarem a posição verticalizada e não serem informadas quanto aos benefícios que a mesma pode oferecer.

Apesar de a posição de litotomia ser a mais utilizada nos países ocidentais, as mulheres em trabalho de parto utilizam várias posições, caso lhes seja permitido fazerem essa escolha. Quando lhes é possibilitado utilizar uma posição vertical durante o trabalho de parto, estas referem diminuição da dor em relação à posição supina. Quando as mulheres são inquiridas em relação à sua satisfação, esta tem variações de acordo com a posição de parto utilizada, mas este facto não está

relacionado com a posição específica, mas sim por poderem ser elas a fazer a escolha (Jonge, *et al* 2007).

Gupta (2006) e Jonge (2004), *cit in* Gayeski e Bruggemann (2009) apontam como a principal desvantagem na posição supina a instrumentalização do parto e o aumento da realização de episiotomia.

Alguns estudos realizados indicam que a utilização da posição vertical durante o trabalho de parto reduz: a duração do período expulsivo, as queixas de dor severa, o número de cesarianas, a necessidade de episiotomia e alterações da FCF. Por outro lado consideram que a posição vertical está associada a um maior número de lacerações perineais de 2º grau e um aumento de sangue perdido superior a 500 ml (Gupta, 2006, *cit in* Gayeski e Bruggemann, 2009).

Porém, Jonge *et al* (2007), vêm revogar esta conclusão com a realização de um estudo em que pretenderam avaliar se o risco de hemorragia severa estava aumentada quando utilizada uma posição de sentada ou semi-sentada, e, caso existisse aumento, que quantidade de sangue perdida seria devido à laceração perineal. Neste estudo concluíram que de facto na posição de sentada e semi-sentada a perda de sangue é superior a 500 ml, no entanto só se constatou esse aumento quando ocorreu laceração perineal, no caso de mulheres com períneo íntegro não existiu associação.

São inúmeras as vantagens apontadas pelos autores à utilização da posição vertical durante o trabalho de parto. Entre elas podem-se destacar: diminuição da dor, aumento da eficácia da contractilidade uterina, aumento do fluxo sanguíneo útero-placentário e diminuição do tempo de trabalho de parto, quer no primeiro estágio, quer no segundo. A força da gravidade na posição vertical é favorável à descida do feto ao longo do canal de parto. O aumento da eficácia das trocas materno-feto-placentários durante mais tempo diminui assim, o risco de sofrimento fetal, mesmo quando o período expulsivo estiver aumentado. A necessidade de uso de ocitocina e de analgesia encontram-se diminuídas, assim como uma menor frequência de parto vaginal instrumental (Romano e Lothian, 2008 citando Simkin & O' Hara, 2002) tal como (Mamede *et al*, 2004).

Para Romano e Lothian (2008), os enfermeiros são um elemento fundamental na mudança a nível hospitalar, devendo promover a prestação de cuidados que melhor defenda e reflita os interesses da mãe e do bebé. Tal como noutras situações recorrem aos seus conhecimentos técnicos e científicos em defesa destes princípios, também durante o processo de TP devem ser capazes de questionar e incentivar a mudança de práticas, no sentido de proporcionar conforto e suporte. O foco da mudança será a redução da instrumentalização e a flexibilização das restrições impostas a nível hospitalar e, apesar de esta mudança ser um grande desafio para algumas crenças enraizadas, será benéfico para as mães, bebés e famílias.

Jonge *et al* (2008) citando um estudo realizado por Coppen (2005) no qual procurou identificar a perspetiva das parteiras sobre as posições de parto, identificou uma dicotomia entre estas: as que preferiam as posições verticais eram apologistas da promoção do conforto e em dar às mulheres controle sobre o seu corpo, enquanto as que preferiam posições horizontais estavam mais preocupadas com o seu próprio conforto e a importância de ter controlo sobre o parto.

Jonge *et al* (2008) citando Thachuk (2007) distingue dois modelos de cuidados que variam na definição de autonomia das mulheres e na forma como estão envolvidas na tomada de decisões durante o parto: O modelo médico de consentimento informado e o modelo de obstetrícia da escolha informada. Ambos os modelos não são estáticos pois a parteira pode, na sua prática, utilizar aspetos dos dois em simultâneo. O modelo médico de consentimento informado baseia-se no direito à informação relevante e competente e no consentimento não-coagido. A mulher é um "recetor passivo" da informação e das escolhas do profissional. Embora a mulher tenha o direito de optar pelo procedimento, quando esta o recusa é frequentemente interpretada como não-conformidade e raramente é tolerada. No modelo de obstetrícia da escolha informada, o poder é deslocado para a mulher como a principal tomadora de decisões que tem o direito de optar por procedimentos e que pode apresentar outras sugestões para si mesma. O aspeto relacional da autonomia é enfatizado e tanto a parteira como a mulher participam ativamente no processo de escolha informada. A parteira dá a informação e a mulher avalia a sua situação

individualmente, incluindo os seus valores, objetivos e crenças. As mulheres são encorajadas a participar na elaboração de um plano de parto.

Segundo Thachuk (2007) *cit in* Jonge *et al* (2008), a maioria das parteiras utiliza o consentimento informado como modelo de cuidados. Algumas parteiras informaram as mulheres sobre as posições de parto mas, maioritariamente, só quando as mulheres lhe solicitaram. As preferências da parteira em relação à posição de parto dependem da exposição, experiência que estas tiveram sobre as diferentes posições durante a sua formação académica e profissional, os seus conhecimentos e capacidade, as rotinas que desenvolveram e a sua experiência como parteira. Este autor, no estudo realizado, sugere que dar às mulheres uma escolha informada sobre as posições de parto pode ajudá-las na escolha da posição que é mais adequada para si.

Mamede *et al* (2004) reforça a necessidade de resgatar a mulher como protagonista do seu parto, o que significa permitir que ela faça uso da liberdade de movimentos, expressões verbais e corporais, que ela escolha a melhor posição para parir e que seja incentivada a adotar a posição vertical, pois o parto normal, numa posição verticalizada, favorece naturalmente a saída do filho, porque tem a força da gravidade a seu favor.

3 – DESCRIÇÃO, ANÁLISE E AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS EM EC

Neste ponto serão descritas e justificadas as atividades desenvolvidas ao longo de todo o EC, que contribuíram para o desenvolvimento de competências, e é realizada uma análise e avaliação das mesmas.

A área da Saúde Materna e Obstetrícia, até ao início do curso de mestrado, era uma área que, no âmbito do exercício profissional, era quase desconhecida para mim, no entanto sempre tive a perceção de que era nesta área de cuidados onde eu me iria sentir completa e realizada a nível profissional. Tal facto levou a que existisse uma grande curiosidade e motivação para aprofundar conhecimentos e desenvolver competências nesta âmbito. Por outro lado, o meu desconhecimento do processo de TP provocava-me alguma ansiedade e angustia, que se foram esbatendo com o decorrer do EC.

A integração e adaptação à Unidade e equipa multidisciplinar decorreram sem intercorrências e de forma bastante agradável: senti-me sempre muito bem recebida por toda a equipa, principalmente a de enfermagem, mostrando sempre uma grande disponibilidade e simpatia. Referencio com especial relevância a minha orientadora com quem estabeleci uma relação de grande empatia e até mesmo de amizade, que me apoiou, nomeadamente na implementação do meu projeto pessoal, e esteve sempre presente em todos os momentos. Sinto que foi um elemento importantíssimo neste meu percurso académico.

Desde o início do EC constatei que o EESMOG tem de ser polivalente, adaptando-se a várias situações e dando resposta a várias solicitações, por vezes em simultâneo. A sua prestação de cuidados pode ser necessária no serviço de urgência, no bloco operatório, no recobro ou nas salas de parto e, por vezes, é necessário mais do que um elemento para dar resposta em situações mais complexas. Foi neste contexto, de exigência e versatilidade, que envidei todos os esforços para atingir os objetivos a que me propus para o ensino clínico “Estágio com Relatório”.

3.1 – Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal

Este ponto faz referência ao objetivo 1 do meu projeto de estágio “Desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais que me permitam cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, potenciando o bem-estar materno-fetal” (Competência 2, OE, 2010).

Este foi um dos grandes objetivos deste EC, devido à sua complexidade e às várias áreas de atuação que envolve. Ao longo do decurso do EC tive oportunidade de prestar cuidados especializados quer a grávidas com patologia que recorreram ao serviço de urgência, onde realizei a triagem (de acordo com a triagem de *Manchester*), quer a grávidas que se encontravam internadas no bloco de partos para vigilância.

As patologias mais frequentes foram a Ameaça de Parto Pré-Termo, Pré-Eclâmpsia, Diabetes Gestacional, Hipertensão Arterial (crónica e induzida pela gravidez) e Síndrome de HELLP.

Houve uma necessidade constante de atualização de conhecimentos e revisão da literatura mais recente, associados aos saberes da prática (tendo contado também com os esclarecimentos e experiência da enfermeira orientadora), indo assim ao encontro da premissa da Competência 1 da ICM no que diz respeito aos comportamentos profissionais em que refere que “atualiza os seus conhecimentos de forma a manter a sua prática atualizada” (ICM, 2002, p.7).

No período pré-natal, e em situação de patologia, para além dos cuidados especializados é fundamental a intervenção do enfermeiro especialista ao nível da educação para a saúde, também referida como competência essencial do EESMOG pela ICM (2002, p.8) quando refere “usar técnicas de aconselhamento e educação para a saúde de forma apropriada”.

A educação para a saúde “deve capacitar as pessoas, fazer nascer consciência crítica, tornar as pessoas conscientes de fatores (...) que possam prejudicar a

saúde” (Carvalho, 2006, p.25) e tem um papel importantíssimo, uma vez que vai implicar alterações no papel desempenhado ao nível social e familiar, sendo necessário reestruturar competências e necessidades familiares, assim como implica responsabilidades acrescidas.

Relativamente à educação para a saúde, procurei todas as oportunidades para informar, instruir e capacitar a grávida e acompanhante, de forma a promover e potencializar o desenvolvimento de competências no processo de transição para a parentalidade. Procurei informar acerca de sinais e sintomas de risco, medidas a adotar para minimizar as queixas e a sintomatologia, estratégias para minimizar o impacto da patologia na gestação, adequando sempre à condição e necessidades da gestante, de acordo com os critérios de avaliação da Competência 2 da OE (2010, p. 4) “informa e orienta a grávida e conviventes significativos sobre os sinais e sintomas de risco” e “informa e orienta sobre medidas de suporte para alívio dos desconfortos”.

A este nível pude desenvolver e aperfeiçoar competências técnico-científicas na avaliação do “bem-estar materno-fetal pelos meios clínicos e técnicos apropriados” (OE, 2010, p. 4), através da interpretação do traçado cardiotocográfico e da deteção precoce de sinais de alerta, referenciando à equipa multidisciplinar todas as situações que estavam para além da minha área de atuação, cooperando “com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações da gravidez” (OE, 2010, p. 4). Sempre que necessário prestei apoio psicológico à mulher, promovendo o estabelecimento de uma relação terapêutica.

Durante a vigilância pré-natal tive a oportunidade de diagnosticar precocemente e prevenir complicações na saúde da mulher, tendo informado a grávida e o seu acompanhante sobre os sinais e sintomas de risco, identificando desvios da gravidez fisiológica. Tive também oportunidade de monitorizar o trabalho de abortamento e identificar e referenciar complicações após abortamento. Em relação às situações de abortamento estive presente durante o período expulsivo numa das situações. Foi uma situação muito marcante para mim, o casal recusou visualizar os fetos. No momento não me recordei de algumas estratégias que poderiam ter sido utilizadas

na aquele momento de forma a ajudar o casal a fazer o luto, no entanto posteriormente refleti, fiz uma pesquisa e recorri a material facultado durante as aulas tendo realizado um jornal de aprendizagem acerca deste acontecimento.

3.2 – Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto

Neste ponto serão abordadas as atividades desenvolvidas para dar resposta ao objetivo 2 “Desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais que me permitam cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto (TP)” (Competência 3, OE, 2010). Neste objetivo estão incluídos os cuidados prestados à mulher em TP, ao longo das 4 fases do TP e os cuidados prestados ao RN.

Foram inúmeras as atividades desenvolvidas relacionadas com este meu objetivo de estágio e que me permitiram prestar cuidados de enfermagem especializados de forma autónoma, quer à parturiente, quer ao RN e acompanhante, em partos eutócicos, distócicos e com patologia associada, tendo sempre presente a promoção de um ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e RN (OE, 2010).

Este foi um longo caminho percorrido até conseguir atingir a autonomia e confiança necessária. Algumas dificuldades foram ultrapassadas ao longo do EC, com o desenvolvimento de algumas competências, experiência pratica e com a preciosa ajuda da enfermeira orientadora. Inicialmente a principal dificuldade foi a avaliação da estática fetal. Na avaliação da cervicometria não senti tantas dificuldades, foi mais fácil fazer esta avaliação, até porque no EC anterior, de medicina materno-fetal, tive oportunidade de desenvolver esta competência, para dar resposta ao critério de avaliação da Competência 3 da OE (2010, p.5) que refere que o EESMOG “avalia e determina a adequação da estrutura pélvica em relação ao feto durante o trabalho de parto”.

A educação para a saúde, o esclarecimento de dúvidas e fornecer informação adequada às necessidades de cada parturiente e do acompanhante, foram atividades que estiveram sempre presentes, na prestação de cuidados. São

atividades primordiais nesta área, à luz do modelo teórico referido, atuando assim ao nível da prevenção primária.

O "saber ouvir" as expetativas e desejos do acompanhante, promovendo o seu envolvimento no processo de TP, e o dar suporte emocional sempre que necessário, foram fundamentais em todas as fases do TP (OE, 2010), possibilitando assim uma parceria harmoniosa no processo de cuidados.

O facto das parturientes se encontrarem sempre acompanhadas, foi um desafio muito gratificante, pois permitiu o desenvolvimento de competências relacionais com a mulher e acompanhante e o aperfeiçoamento na utilização de algumas técnicas de comunicação para o estabelecimento de uma relação terapêutica.

Ao longo do EC houve uma evolução crescente na aquisição e desenvolvimento de novas competências técnico-científicas no cuidado especializado de forma autónoma durante os 4 estádios do TP, sempre com a supervisão da enfermeira orientadora - suporte basilar no aperfeiçoar das competências.

Tive oportunidade de prestar cuidados a 178 mulheres em trabalho de parto, tendo sempre promovido a saúde da mesma e bem-estar materno-fetal, através da promoção de um ambiente seguro, de acordo com a OE "Garante um ambiente seguro durante o trabalho de parto e parto" (OE, 2010, p.5), explicando sempre o que era o trabalho de parto, em que fase do mesmo se encontrava, o que seria expetável a partir daquele momento, quais os sinais de alerta e quando deveria chamar um profissional de saúde.

Na primeira abordagem com a parturiente, tentava saber quem era a pessoa significativa que iria permanecer junto dela na sala de partos. Quando era o companheiro (pai do RN), tentei perceber quais as expectativas deles, enquanto casal, para o momento do parto, se tinham realizado preparação para o nascimento, se tinham elaborado um plano de parto. Pude constatar que a grande maioria dos casais não tinham realizado preparação para o nascimento e foram muito poucos os casais que elaboraram plano de parto, embora por vezes, após uma conversa, acabassem por perceber que mentalmente tinham, de facto idealizado o momento

do parto. Procurei sempre incentivar a parturiente e acompanhante a verbalizarem os seus medos e receios, tal como as suas expetativas.

Junto dos acompanhantes tentei perceber se gostavam de proceder ao corte do cordão umbilical, caso fosse possível, e tentei envolve-los no processo de parto, promovendo as massagens à parturiente para alívio da dor e/ou apoiando-a quando se encontrava na bola de partos. A grande maioria dos acompanhantes gostava de ser envolvido nos cuidados, participando com muito agrado e quase todos verbalizaram gosto em poderem ser eles a realizar o corte do cordão umbilical.

Implementei intervenções que foram ao encontro do conforto e bem-estar da mulher e do acompanhante, tal como a alimentação e acesso a líquidos claros, a liberdade de movimentos, a promoção da deambulação e utilização de posições verticais e da bola de partos, sempre que existiam condições para o realizar, explicando as suas vantagens e as desvantagens de permanecer deitada em posição de litotomia. Quando não era possível a utilização de posições verticais auxiliei a mulher a encontrar uma posição confortável na cama. A grande maioria das mulheres gostavam de deambular e principalmente de utilizar a bola de parto, referiam conforto e alívio da dor na região lombar. Em relação à observação da cardiocotografia pude constatar que as contrações, quando a mulher se encontrava sentada na bola de partos, tornavam-se regulares e eram de grande amplitude, ao contrário de quando se encontrava deitada na cama, assim como se verificava que a primeira fase do TP era mais curta. Durante o período em que as mulheres utilizavam a bola ou deambulavam era utilizada a telemetria, para avaliação do bem-estar fetal.

Promovi a vinculação da tríade durante o trabalho de parto, informando sobre a importância da vinculação; promovi também o aleitamento materno e expliquei as vantagens do mesmo e a importância de amamentar na 1ª hora de vida, que foi realizado sempre que possível, dando assim resposta à Competência 3 da OE em que refere: “concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção da vinculação mãe/pai/recém-nascido/conviventes significativos” e “concebe, planeia,

implementa e avalia intervenções de promoção proteção e apoio ao aleitamento materno” (OE, 2010, p.5).

Informei todas as mulheres, sem fatores de risco, sobre os métodos não farmacológicos para alívio da dor, apoiando-as quando pretendiam experimentar algum. Quando era possível, informava acerca da analgesia loco-regional, fornecia o “consentimento informado” para assinarem e esclarecia alguma dúvida que restasse, tal como prestava apoio durante a realização da técnica por parte do anestesista - Competência 3 “coopera com outros profissionais na implementação de intervenções de promoção, prevenção e controlo da dor” (OE, 2010, p.5). Praticamente todas as mulheres pretenderam analgesia loco-regional. Foram poucas as que não puderam realizar, devido a fase avançada do TP, sendo nestas situações explicado a técnica de respiração e a importância de a saber realizar.

Ao longo do tempo em que acompanhei as mulheres em TP, diagnostiquei e procurei prevenir complicações quer para a sua saúde, quer para a do RN indo assim ao encontro da Competência 3 “diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e do recém-nascido” (OE, 2010, p.5). Isto foi possível utilizando uma correta monitorização do TP através do partograma (ferramenta fundamental), ouvindo a mulher e acompanhante (estar alerta para os sintomas referidos pela mulher), fazendo a avaliação física da mulher e do bem-estar fetal, recorrendo ao CTG e à monitorização interna em algumas situações. Sempre que foram identificadas situações de risco materno-fetal, após validar a informação com a enfermeira orientadora, referenciei as situações para a equipa médica. As situações mais frequentes foram as de CTG não tranquilizador, com desacelerações, bradicardia fetal, taquicardia fetal, hipertonia uterina, HTA e presença de LTM.

Ao longo do EC foram várias as mulheres a quem prestei cuidados de enfermagem especializados durante o trabalho de parto. Porém, nem em todas elas participei diretamente no parto, por diversos motivos: alguns foram partos distócicos, outras foram os médicos a realizar o parto (por haver médicos internos no serviço e estes também realizarem partos eutócicos) ou porque a mulher não entrou em fase ativa

do TP no meu turno e o parto ocorreu no turno seguinte. Desta forma acompanhei 102 mulheres durante o 1º estágio do TP e 57 mulheres durante o 2º, 3º e 4º estágio do TP. Tive oportunidade de acompanhar alguns casos ao longo dos 4 estágios do TP, mas em outras situações acompanhei apenas em alguns estágios. Ocorreram também situações que acabaram por culminar num parto distócico, tendo feito o acompanhamento durante o parto e nos 2 estágios seguintes, tendo também prestado os primeiros cuidados ao RN e promovido a transição para a vida extra-uterina.

Realizei 42 partos eutócicos, todos em apresentação cefálica, no entanto 3 com variedade occipito-posterior - “Aplica as técnicas adequadas na execução do parto de apresentação cefálica, (...)” (OE, 2010, p.5). Em várias situações houve necessidade de recorrer a perfusão ocitócica para condução do TP.

As idades maternas das mulheres que acompanhei durante o 2º estágio do TP, foram muito variadas estando entre os 14 e 39 anos.

Verifiquei a existência em 14 situações de circulares cervicais simples, das quais 8 tive necessidade de fazer laqueação precoce do cordão umbilical. Numa situação verificou-se um nó verdadeiro do cordão. Em 5 situações verificou-se laterocidência da mão. Tive uma situação em que ocorreu uma distocia de ombros, tendo realizado a manobra de *Mcroberts*, contando com a ajuda da enfermeira orientadora para conseguir fazer a extração do RN assim como de outra EESMOG que se encontrava na sala de partos para receber o RN e realizou pressão supra-púbica. A extração foi um pouco difícil, mas conseguiu-se extrair o RN, no entanto houve fratura da clavícula, que foi confirmada pelo neonatologista. Expliquei o sucedido ao casal, sendo reforçada esta informação pela enfermeira orientadora e pela neonatologista.

Em 4 situações houve necessidade de realizar episiotomia, devido à necessidade de abreviar o período expulsivo, e procedi posteriormente à episiorrafia. Nesta situação guiei a minha conduta tendo em conta a evidência científica, segundo a OMS (1996), de que a prática e uso indiscriminado de episiotomias pode ter efeitos prejudiciais, pelo que aconselha que apenas seja utilizado no parto normal apenas quando estritamente necessário.

Em todos os outros partos que conduzi e prestei cuidados à parturiente durante o período expulsivo, em 20 situações ocorreram lacerações de grau I, em 5 situações laceração de grau II, procedendo sempre à perineorrafia, e numa das situações ocorreu uma laceração de grau III, tendo tido o apoio da enfermeira orientadora para proceder à correção perineal nesta situação, seguindo o que está preconizado pela OE (2010, p.5) quando refere que o EESMOG “avalia a integridade do canal de parto e aplica técnicas de reparação, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação”. Em 12 situações o períneo permaneceu íntegro não necessitando de sutura.

Sempre que possível procedi à laqueação tardia do cordão umbilical, uma conduta que vai ao encontro da evidência científica. Assisti inclusive a uma ação de formação em serviço, realizada pela equipa de enfermagem em que eu estava integrada, na qual foi abordado o tema da laqueação do cordão umbilical. Esta prática vai de encontro à evidência científica e do que é referido pela OMS no documento Assistência ao Parto Normal (1996) em que refere: que a clampagem tardia do cordão umbilical é a forma mais fisiológica de o fazer, a clampagem precoce só deve ser realizada caso existam motivos para o fazer. A transferência de sangue da placenta para o RN é fisiológica e é improvável que traga efeitos adversos, pelo menos em partos normais. São várias as vantagens apontadas pelos autores para a laqueação tardia do cordão umbilical, nomeadamente: maiores concentrações de hemoglobina e menor incidência de anemia nos primeiros 4-6 meses de vida (estas são vantagens importantes em RN de termo em sociedades com baixos rendimentos económicos); melhora significativamente a pressão arterial sistémica, a produção de urina e a função cardíaca, diminuindo a necessidade de transfusões de sanguíneas durante o período neonatal; diminui a prevalência de enterocolite necrosante, sepsies e hemorragia intraventricular (Raju. T.,2013; Mercer J. 2001; Rheenen, P. e Brabin B.,2006).

Quando os acompanhantes manifestavam desejo em serem eles a proceder ao corte do cordão umbilical, possibilitei-lhes esta experiência sempre que possível. Também promovi o contacto pele-a-pele, sempre que houve condições para ser realizado, uma vez que, a OMS considera que se deve “realizar precocemente o

contacto pele a pele, entre mãe e filho”, considerando-a uma conduta que deve ser encorajada por ser extremamente útil. Esta intervenção é, também, defendida por Lamaze (2003), que a considera uma das práticas de atenção e cuidados que promovem o parto natural. Sabe-se que o toque é a forma mais simples de se transmitir segurança e afeto devendo ser estimulado logo nos primeiros minutos de vida do recém-nascido e transmitido através do contacto pele-a-pele (Lamaze, 2003).

O momento do parto é único e cheio de mudanças e sentimentos, após o nascimento com o primeiro contato com a vida extra-uterina o RN sofre uma adaptação gradual, através do estabelecimento do vínculo mãe-bebé, tudo se torna mais agradável. Daí, o contacto físico precoce (contacto pele-a-pele) entre ambos ser uma prática prioritária e que merece especial destaque na visão humanizada do parto (Matos *et al.*, 2010).

No que diz respeito ao 3º estágio do TP todas as mulheres apresentaram dequitas naturais, tendo identificado os dois mecanismos de descolamento da placenta (*Duncan* e de *Schultz*). Após a dequitação procedi à avaliação da involução uterina e à inspeção da placenta. Em todas as situações foi administrada ocitocina em perfusão como método profilático da hemorragia pós-parto. Numa delas verificou-se existirem membranas fragmentadas, tendo-se referenciado à equipa médica, que realizou controlo ecográfico.

Ao longo do 4º estágio promovi o conforto da mulher, o contacto pele-a-pele, e o aleitamento materno. Também procurei transmitir informações acerca de sinais de alerta de risco no puerpério e a avaliação e verificação da formação do globo de segurança de Pinard de forma a promover a autovigilância. Tentei também instruir sobre exercícios de Kegel numa perspetiva de educação para a saúde, como descrito pela OE (2010, p.6) quando refere que o EESMOG “concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de recuperação pós-parto”.

Procurei também, no 4º estágio, fornecer informação pertinente, sucinta e adequada às necessidades da mulher/família, tendo-me centrado sobretudo nos cuidados pós-parto e aleitamento materno, repostando-nos para a 4ª competência da OE: “Cuida a

mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal” (OE, 2010, p.6).

Como descrito anteriormente neste ponto coloquei também todas as atividades planeadas e cuidados prestados ao RN, uma vez que acabam por se encontrar interligados, visto não se dever, nem poder, dissociar a díade/tríade.

Sempre que tive oportunidade, e não era eu a realizar o parto, procurei ser a enfermeira responsável pelos primeiros cuidados ao recém-nascido. Nesse sentido, preparei a unidade para receber o RN, verificando a funcionalidade de todos os equipamentos antes, procedi ao registo da hora do nascimento e avaliei o Índice de Apgar ao 1º, 5º e 10º minutos de vida, administrei vitamina K e as gotas oftalmológicas, profilaxias utilizadas, assegurando “a avaliação imediata do recém-nascido implementando medidas de suporte à vida extra-uterina” (OE, 2010, p. 5). Procurei promover a vinculação precoce e o contacto pele-a-pele. Promovi o aleitamento materno, abordei os sinais de “boa pega”, bem como a importância da vinculação precoce e do contacto pele-a-pele no primeiro mês de vida, numa perspetiva de educação para a saúde.

3.3 – Cuidar a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica

Neste ponto encontram-se descritas as atividades desenvolvidas em EC inerentes ao objetivo 3 “Desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais que me permitam cuidar da mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica” (Competência 6, OE, 2010).

Apesar de já ter desenvolvido algumas competências neste âmbito em EC anteriores, fez-me todo o sentido a elaboração deste objetivo também neste EC, uma vez que tive oportunidade de estagiar algum tempo na Urgência Obstétrica e Ginecológica, acabando por trabalhar e desenvolver novas competências nesta área.

A triagem era realizada pelo EESMOG, sendo feita uma avaliação pormenorizada da mulher de forma a identificar precocemente o problema de saúde. As situações mais frequentes eram: problemas génito-urinários (como infeções urinárias), hemorragias e complicações após abortamento, necessitando muitas vezes de realizar curetagem (realizada na urgência, num bloco operatório). Através da triagem o EESMOG “diagnostica precocemente e previne complicações relacionadas com afeções do aparelho génito-urinário” (OE, 2010, p.7).

As intervenções realizadas foram baseadas principalmente na educação para a saúde, intervindo assim a nível da prevenção primária, segundo o modelo teórico adotado. No entanto, também trabalhei em colaboração com outros profissionais de saúde na realização de exames complementares de diagnóstico ou colheitas de espécimes. Quando diagnosticado algum problema, era administrada a terapêutica prescrita, atuando ao nível da prevenção secundária.

Quando existia necessidade da mulher permanecer internada, quer para vigilância, quer para administração de terapêutica EV, era realizado todo o processo de internamento e explicada a situação de saúde à mulher, respeitando o princípio: “informa e orienta a mulher sobre saúde ginecológica” (OE, 2010, p.7).

3.4 – Promoção da posição vertical durante o primeiro e segundo estágio do trabalho de parto

Neste ponto apresento as atividades que desenvolvi em EC de forma a atingir o objetivo 4 “Desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais que me permitam proporcionar à mulher a oportunidade de poder optar por uma posição vertical durante o primeiro e segundo estágio do TP”

Foram inúmeras as atividades realizadas para atingir este objetivo. Foram já descritas anteriormente as atividades realizadas em outros EC, pelo que passarei a apresentar as desenvolvidas ao longo deste EC.

A minha atuação junto da mulher foi sempre no sentido da promoção do parto normal, incentivando e promovendo a liberdade de movimentos sempre que existiam condições de segurança para o fazer.

Durante o primeiro estágio do TP, incentivei as mulheres, com membranas integras e a apresentação fetal apoiada ao nível da bacia óssea, a deambularem e/ou utilizarem a bola de parto. Informei e expliquei todas as vantagens da deambulação e permanência em posições verticais para a evolução do TP e bem-estar fetal, assim como as desvantagens de permanecer deitada na cama. A grande maioria das mulheres mostrou-se receptiva a utilizar uma posição vertical durante este estágio do TP. Mostraram muita satisfação na utilização da bola de parto, referindo alívio da dor a nível da região lombar. Estas posições acabavam por ser melhor toleradas durante a primeira fase do TP, fase latente. Quando o TP entrava em fase ativa, a grande maioria optou por realizar analgesia loco-regional. Este facto não impediu as mulheres de deambularem ou utilizarem a bola de parto, após avaliação da manutenção da sensibilidade e força dos membros inferiores. Desde que acompanhadas foi-lhes sempre possibilitada a liberdade de movimentos. Porém quase todas preferiam ficar na cama. Neste caso incentivei-as a adotar posições verticais, sentadas na cama ou em posição de 4 apoios, explicando sempre as vantagens das mesmas.

Procurei saber se tinham elaborado plano de parto e debati todas as intervenções com o casal. Expliquei sempre todas as minhas intervenções e justifiquei a necessidade de as realizar.

Durante o segundo estágio de TP, as mulheres mais receptivas a utilizarem uma posição vertical foram as que tinham realizado preparação para o nascimento, ou aquelas com as quais mantive um contato mais próximo e durante mais tempo.

Dos 42 partos eutócicos realizados 3 foram em posição de 4 apoios, 3 em posição de sentada na cama e 24 em posição de semi-fowler. Os restantes foram realizados em posição de litotomia, por opção da mulher ou por períodos expulsivos mais demorados, tendo havido necessidade de intervenção médica.

Expliquei sempre as vantagens e desvantagens da utilização de uma posição vertical às mulheres e ajudei-as a experimentar as posições por elas escolhidas. Quando não se sentiam confortáveis foram sugeridas outras, no entanto a escolha e decisão final foi sempre da mulher, dando-lhe total liberdade de movimentos e opção pela posição em que se sentiram mais confortáveis.

Incentivei as mulheres a "ouvirem o seu corpo" e perceberem o que era melhor para elas, para o seu parto, uma vez que, quando entregues à sua intuição e liberdade, vão escolher uma variedade de movimentos e posições para lidarem com o trabalho de parto (Romano e Lothian, 2008; Soong e Barnes, 2005).

3.4.1 – Discussão e análise dos resultados e conclusão da revisão

Ao longo deste ponto serão apresentados e discutidos os resultados obtidos, de modo a evidenciar as estratégias e cuidados de enfermagem especializados e facilitadores da utilização das posições verticais durante o primeiro e segundo estágio do TP.

Os dados apresentados resultam da análise do que foi a minha prática de cuidados e do desenvolvimento de competências de EESMOG, relacionando com a análise dos artigos selecionados da RSL. Tendo como objetivo responder à questão norteadora do estudo.

Atualmente vem-se assistindo a um crescente aumento do empoderamento das mulheres, no que se refere ao parto e às suas escolhas para esse momento, tão importante e decisivo nas suas vidas. Estas procuram cada vez mais um parto satisfatório e que lhes proporcione uma experiência positiva. Cabe ao EESMOG possibilitar isso às mulheres, valorizando o instinto e força que as mulheres possuem dentro de si, assim como promovendo segurança, autonomia, confiança e qualidade na experiência que desejam. Segundo Colman e Colman (1994), a experiência de parto vai muito além de um simples processo fisiológico; nela encontra-se envolvido todo um contexto social e cultural que influencia a percepção individual, física e psicológica da mulher, redefinindo a sua identidade. Neste contexto o EEMOG tem de ter uma visão global da mulher, conjugando e

interligando saberes e conhecimentos, que lhe vai permitir perceber que fatores interferem no comportamento da parturiente no momento do parto.

Apesar do crescente aumento da popularidade das posições alternativas à posição de litotomia, a grande maioria das mulheres no mundo ocidental ainda prefere e utiliza essa posição no seu parto (Jonge e Lagro-janssen, 2004). De acordo com Mamede *et al* (2004), este facto deve-se principalmente à influência que a cultura tem sobre as tomadas de decisão das mulheres. A mesma autora considera que a justificação para este facto é a das mulheres não serem orientadas e estimuladas durante o acompanhamento pré-natal a adotarem a posição verticalizada, tal como não serem informadas quanto aos benefícios que a mesma oferece.

Durante a prática no EC, pude constatar que as mulheres que se mostraram mais disponíveis para a utilização das posições verticais durante o 1º e 2º estágio do TP, foram as que realizaram preparação para o nascimento. Algumas vezes foram as próprias mulheres que pediram e referiram querer experimentar uma posição vertical: nesta situação todas elas tinham realizado preparação para o nascimento. Em algumas situações esta preparação foi realizada ao nível do centro de saúde, noutras foi ao nível de instituições privadas

A cultura tem de facto um grande peso nas escolhas e tomadas de decisão das mulheres; são valores que se encontram enraizados. Algumas vezes, apesar de as mulheres se mostrarem disponíveis para utilizar uma posição vertical, mostravam algum constrangimento perante algumas posições, nomeadamente na posição de 4 apoios. No entanto, após serem informadas das vantagens desta posição acabavam por experimentar e gostavam, querendo permanecer nesta posição - referiam “alívio na dor das costas”. Algumas mulheres demonstraram um certo constrangimento na utilização de algumas posições verticais, no entanto este facto não as impediu de utilizar, caso as vantagens fossem sentidas como benéficas (Jonge e Lagro-janssen, 2004).

Ao longo do EC procurei informar as mulheres acerca do processo do TP, das vantagens da utilização de uma posição vertical e de lhes possibilitar oportunidades para terem liberdade de movimentos nos dois estágios do TP, de forma a

“encontrarem-se com o seu corpo” e a encontrarem a sua posição de conforto. Quando "entregues" à sua intuição e liberdade, vão escolher uma variedade de movimentos e posições para lidarem com o trabalho de parto (Romano e Lothian, 2008; Soong e Barnes, 2005). Também outras autoras defendem que, com o aumento da produção de endorfinas, as parturientes ficam mais recetivas a responder às mensagens interiores do seu corpo, procurando as posições que lhes são agradáveis, encontrando o seu ritmo e os seus próprios mecanismos de empoderamento.

Em termos fisiológicos, a utilização de posições verticais, assim como a mulher manter-se em movimento durante o TP, são benéficos quer para a grávida, quer para o RN, uma vez que o útero contrai-se mais eficazmente, diminuído assim a dor e aumentando o fluxo sanguíneo que chega ao feto através da placenta, tornando o trabalho de parto mais curto (Lowdermilk e Perry, 2008; Romano e Lothian, 2008). Quando, de forma espontânea, as parturientes respondem a estímulos do seu próprio corpo assumindo posições verticais ou mudanças frequentes de posições, estão a ajudar o feto a encontrar a melhor adaptação á pelve materna. Nesta fase em que a mulher não se sente confortável e procura diversas posições para o nascimento, os ângulos entre o feto e a bacia óssea materna alteram-se com regularidade à medida que o feto roda e se adapta ao longo do canal de parto (Lowdermilk e Perry, 2008; Romano e Lothian, 2008). Para estas autoras, as mudanças de posições são consistentes com os princípios anatómicos, consideram-nas seguras, por norma são também bem aceites pelas parturientes, consideram mesmo que algumas intercorrências do parto (má progressão do TP, mau posicionamento do feto, colo persistente) podem ser corrigidas com mudanças de posição (cócoras, decúbito lateral), favorecendo o parto normal e evitando intervenções desnecessárias.

Em 3 situações pude constatar que, numa primeira avaliação da cervicometria e estática fetal, o feto se encontrava em posição occipito-posterior e foi sugerido que adotassem a posição de 4 apoios, uma vez que apresentavam o colo com 4cm de dilatação. A posição de 4 apoios foi utilizada pelas mulheres, no entanto por opção delas acabaram por não utiliza-la para o período expulsivo, optando por uma

posição de semi-fowler (semi-sentada). Nestas 3 situações o RN nasceu em occipito-anterior. Foram apenas 3 casos e não se podem aferir conclusões, no entanto o observado foi de encontro ao encontrado na literatura (Simkin e Ancheta, 2000, *cit in* Lowdermilk e Perry, 2008, Stremmler, 2005). Em relação à posição de 4 apoios todas as mulheres manifestaram satisfação em utiliza-la, referindo maior conforto e alívio das dores lombares e na pressão exercida pela apresentação em posições occipito-posteriores.

Alguns estudos realizados indicam que a utilização da posição vertical durante o trabalho de parto reduz a duração do período expulsivo, queixas de dor severa, o número de cesarianas, a necessidade de episiotomia e alterações da FCF. Por outro lado consideram que a posição vertical está associada a um maior número de lacerações perineais de 2º grau e um aumento de sangue perdido superior a 500 ml. (Gupta, 2006 *cit in* Gayeski e Bruggemann 2009).

Apesar de não ser correto aferir conclusões a partir do que observei ao longo do EC, constatei que quando as parturientes utilizavam posições verticais durante o 1º estágio do TP, nomeadamente a bola de partos, observava-se no CTG um aumento da intensidade das contrações, tornando-se mais regulares, acabando por ter repercussões na avaliação da cervicometria. Em relação à FCF, em várias situações em que o CTG não se encontrava tranquilizador, com algumas desacelerações e bradicardia fetal, quando as mulheres mudavam de posição e adotavam uma posição vertical, o CTG revertia ficando tranquilizador. As mulheres quando utilizavam a bola de parto referiam diminuição da intensidade da dor e melhor controlo da mesma. Não foram colhidos dados em relação ao tempo de duração dos dois estádios do TP. No que diz respeito à realização de episiotomia apenas houve necessidade em 4 situações. Em relação às lacerações perineais, na minha prática, as lacerações existentes foram predominantemente de grau I, havendo 12 situações de períneo íntegro. São inúmeras as vantagens apontadas pelos autores à utilização da posição vertical durante o trabalho de parto. Entre elas podem-se destacar: diminuição da dor, aumento da eficácia da contractilidade uterina, aumento do fluxo sanguíneo útero-placentário, diminuição do tempo de trabalho de parto, quer no primeiro estágio, quer no segundo. A força da gravidade na posição vertical é

favorável à descida do feto ao longo do canal de parto. Há também aumento da eficácia das trocas materno-feto-placentários durante mais tempo, diminuindo assim o risco de sofrimento fetal, mesmo quando o período expulsivo estiver aumentado. A necessidade de uso de ocitocina e de analgesia encontram-se diminuídas, assim como uma menor frequência de parto vaginal instrumental (Simkin & O' Hara, 2002; *cit in* Romano e Lothian, 2008 e Mamede *et al*, 2004).

De acordo com os modelos de cuidados propostos por Thachuk (2007), *cit in* Jonge *et al* (2008) procurei posicionar-me no modelo de obstetrícia da escolha informada. Neste modelo o poder é deslocado para a mulher como a principal tomadora de decisões, tendo o direito de optar por procedimentos e podendo apresentar outras sugestões para si mesma.

Ao contrário do modelo médico de consentimento informado, em que a mulher é um "recetor passivo" da informação e das escolhas do profissional, este baseia-se no direito à informação relevante e competente e ao consentimento não-coagido. No modelo de obstetrícia o aspeto relacional da autonomia é enfatizado e tanto a parteira como a mulher participam ativamente no processo de escolha informada. A parteira dá a informação e a mulher avalia a sua situação individualmente, incluindo seus valores, objetivos e crenças. As mulheres são encorajadas a participar na elaboração de um plano de parto.

Foi neste sentido, e tendo este modelo por base que procurei posicionar-me em relação aos cuidados prestados à parturiente. Em relação às posições verticais informei sempre as parturientes das vantagens da sua utilização e procurei ajuda-las a encontrar a posição em que se sentiam mais confortáveis, no entanto a decisão final foi sempre tomada pela mulher, desde que não houvesse contra-indicação obstétrica ou algum tipo de risco para a mulher e/ou feto. Foi dada a possibilidade à mulher de liberdade total de movimentos.

Mamede *et al* (2004), reforça a necessidade de resgatar a mulher como protagonista do seu parto, o que significa permitir que ela faça uso da liberdade de movimentos, expressões verbais e corporais, que ela escolha a melhor posição para parir e que seja incentivada a adotar a posição vertical, pois o parto normal, numa posição

verticalizada, favorece naturalmente a saída do filho, porque tem a força da gravidade a seu favor.

O estudo realizado por Romano e Lothian (2008) revelou que, com a liberdade de movimento e posições, o parto pode ser vivenciado de forma menos dolorosa e com mais conforto. Este facto foi constatado ao longo do EC: muitas mulheres manifestaram bastante agrado e satisfação com o seu parto; muitas vezes ouvi "do outro lado" "muito obrigado Sr.^a Enfermeira por me ter possibilitado vivenciar um parto tal como o tinha idealizado".

De acordo com Jonge e Lagro-janssen (2004), a maioria das mulheres consideram importante ser a enfermeira parteira a fornecer-lhes informações acerca das posições de parto. Estas consideram ainda que esta informação é importante para se prepararem para o parto. A informação que a mulher obtém durante a gravidez através, quer da enfermeira parteira, quer dos média, influencia a sua decisão sobre a posição a adotar durante o trabalho de parto.

Através da avaliação da literatura pesquisada considero que a transmissão de informação à mulher é a principal estratégia a ser utilizada pelos EESMOG. Estes têm um papel fundamental e decisivo para as mulheres, são eles que acompanham a mulher ao longo de todo o seu ciclo de vida, assim como acompanham toda a sua gravidez. Os EESMOG encontram-se presentes na vida das mulheres e ajudam-nas a ultrapassar os seus medos e ansiedades e podem ajuda-las a enfrentar o desconhecido. Durante as consultas de vigilância da gravidez e os cursos de preparação para o nascimento o EESMOG deve transmitir informação precisa de forma sucinta acerca de todo o processo de TP e das posições verticais e suas vantagens e, sempre que possível, realizar visita guiada à maternidade. Desta forma o EESMOG está a empoderar as mulheres e a dar-lhes as ferramentas necessárias para elas fazerem escolhas no momento do seu parto. As ferramentas principais e fundamentais para o empoderamento das mulheres é a informação.

Para Romano e Lothian (2008), os enfermeiros devem basear a sua prestação de cuidados na evidência científica, promovendo assim a mudança de práticas hospitalares. Devem questionar a sua prática e perceberem se esta vai de encontro

às necessidades da mulher e do bebé, ou se vai de encontro aos seus próprios interesses. Apesar de esta mudança de práticas ser um grande desafio para os enfermeiros, estes acabarão por colher grandes benefícios junto das mulheres, bebés e suas famílias.

Considero que ao trabalhar este tema no EC, foram muitos os frutos que colhi e foi muito gratificante ver a alegria marcada nos rostos de todas aquelas mulheres, a satisfação que manifestaram pelo momento do seu parto.

“Sr.^a enfermeira quero que seja você a fazer o meu parto, porque confio em si” ou “obrigado por me explicar tudo, fico mais descansada agora”, “obrigado por o meu parto ter sido tão bonito”, foram algumas das frases que ouvi muitas mulheres dizerem. É muito gratificante e mostra-me que trabalhei no sentido certo, é bom ver o nosso trabalho reconhecido pelos outros.

4 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente relatório de estágio é o culminar de um longo percurso académico, que me permitiu crescer como pessoa e como profissional, pretendendo ser o espelho deste caminho.

Conforme referido anteriormente, no contexto de EC "Estágio com Relatório", do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, realizado na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), decorrido no Bloco de Parto e na Urgência Obstétrica e Ginecológica de um Hospital Central de Lisboa e Vale do Tejo, propus-me desenvolver competências de EESMOG e aprofundar mais as que se relacionam com os posicionamentos da mulher durante o trabalho de parto, por ser uma área que considero fundamental trabalhar no sentido de proporcionar um parto normal e mais agradável para a mulher. Para tal foram definidos 4 objetivos: desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais que me permitam cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, potenciando o bem-estar materno-fetal; desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais que me permitam cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto (TP); desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais que me permitam cuidar da mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica; desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais que me permitam proporcionar à mulher a oportunidade de poder optar por uma posição vertical durante o primeiro e segundo estágio do TP. Para atingir estes objetivos foram desenvolvidas várias atividades em contexto de EC, tal como descrito no ponto 3 deste relatório de estágio.

Gostaria de salientar as que se prenderam diretamente com o meu projeto individual, elaborado no início deste percurso – relacionadas com a promoção da liberdade de escolha da mulher, relativa à posição vertical, durante o primeiro e segundo estágio do TP - nomeadamente todo o trabalho de ensino/informação junto da mulher/família em relação às várias posições, às vantagens e desvantagens/limitações de cada uma e de sensibilização dos profissionais de

saúde envolvidos neste processo, bem como todo o trabalho desenvolvido na prestação direta de cuidados durante o trabalho de parto, facilitador desta opção.

Para aprofundar conhecimentos na temática desenvolvida foram consultados vários manuais e foi realizada uma revisão sistemática da literatura. Esta foi uma das maiores limitações encontradas, devido à minha inexperiência de pesquisa em base de dados, ao facto de os artigos encontrados na pesquisa nem sempre serem direccionados para a temática estudada, exigindo uma análise mais aprofundada dos mesmos, e à minha dificuldade no domínio da língua inglesa, privilegiada na literatura científica.

As posições verticais durante o TP são consideradas mais fisiológicas e eram utilizadas pelas sociedades mais primitivas, porém ao longo dos anos foram colocadas de parte e só mais recentemente têm sido desenvolvidos estudos no sentido de mostrar os benefícios das mesmas. Devido a este facto não são muitos os manuais que abordam esta temática, encontrando-se mais informação a nível de artigos científicos.

No local do EC não senti dificuldades na implementação do projeto, muito pelo contrário, a orientadora apoiou-me sempre e, através da sua experiência prática, ajudou-me muitas vezes a encontrar soluções para as questões mais práticas. Toda a equipa constituinte do local de EC, principalmente a de enfermagem, está muito sensibilizada para o parto normal, assim como para as posições verticais durante o TP.

A principal limitação que encontrei no desenvolvimento da temática em estudo foi o desconhecimento das grávidas acerca das posições verticais durante o TP. Por vezes algumas já tinham ouvido falar, mas não se mostraram dispostas a experimentar e preferiram a posição de litotomia. As questões culturais ainda se encontram muito enraizadas, tendo o EESMOG ainda um longo caminho a percorrer no sentido de promover a utilização destas posições durante o TP. Apesar de ter conseguido desenvolver o meu projeto, o número de experiências foi reduzido, no entanto, encontram-se em concordância com o referido na literatura. Considero no entanto que a grande limitação foi mesmo a questão “tempo”, porque, enquanto

enfermeira generalista, tive de conciliar a minha atividade profissional com o papel de aluna. Também a elaboração do presente relatório decorreu durante o EC e penso que, havendo mais disponibilidade, o estudo poderia ser efetuado de outra forma, dando espaço ao desenvolvimento de atividades que exigiam mais tempo.

Segundo Polit e Hungler (1995, p.35) “todas as investigações humanas constituem algum tipo de intromissão nas vidas pessoais dos sujeitos”, pelo que esteve sempre presente a preocupação de ter em conta os aspetos deontológicos e os princípios éticos. Durante o EC tive sempre presente na minha prática diária os princípios éticos e morais em que assenta a Enfermagem - o princípio do respeito e bem-estar pelo ser humano são considerados valores básicos e indissociáveis dos princípios e valores profissionais. Para Fortin (1999, p.114) ética é “a ciência moral e a arte de dirigir a conduta”. Sempre que prestei cuidados à mulher/casal informei-os do estatuto de enfermeira estudante do CMESMO. A minha prestação de cuidados teve sempre subjacentes os princípios referidos no ponto 1 do artigo 78º do Código Deontológico dos Enfermeiros (2005, p.59) -“as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro”. Na prestação de cuidados à mulher/casal procurei estabelecer uma relação de confiança, através de uma atitude de disponibilidade, escuta, apoio e aceitação isenta de preconceitos. Foi fomentado o respeito defendendo sempre os princípios da autonomia, justiça e equidade, veracidade, beneficência e não maleficência e fidelidade. Em todos os momentos de contacto com a mulher/casal foram assegurados os direitos à proteção à intimidade, confidencialidade e humanização dos cuidados (apresentados nos artigos 86º e 89º do referido código).

Embora deste trabalho não possam extrapolar-se conclusões, por ser baseado em evidência num pequeno número de parturientes, na minha prática pude concluir (de uma forma sensitiva, não tendo dados quantitativos), em concordância com diversos autores abordados, que a livre escolha da posição de parto é influenciada pela informação que a mulher tem e pela sua cultura. Verifiquei maior adesão à posição vertical no primeiro e segundo estágio de TP por parte das mulheres que receberam informação sobre este assunto (quer em Centro de Saúde, Cursos de Preparação

para o Nascimento ou durante a permanência no BP). Verifiquei também, através de testemunho informal, grande satisfação por parte das mulheres com a adoção da posição vertical, havendo referência a alívio da dor e maior facilidade em realizar esforços expulsivos. Pude ainda verificar aumento da contratilidade uterina no primeiro estágio, através de CTG. Contrariando alguns autores que apontam as lacerações de 2º grau como uma desvantagem da posição vertical, não observei o seu aumento. Acredito que será lícito afirmar que é importante continuar a trabalhar esta área, no sentido de tornar as mulheres cada vez mais proactivas no trabalho de parto, permitindo-lhes experiências de parto mais agradáveis.

Em resposta à questão PIC(o) que orientou este estudo poderei enunciar como principais estratégias utilizadas pelo EESMOG facilitadoras da promoção da posição vertical durante o Trabalho de Parto: sensibilização dos profissionais de saúde/formação dos EESMOG, divulgação da informação junto das mulheres/famílias e empoderamento da mulher.

Assim, à luz destas conclusões e analisando a realidade do nosso país, apesar de não trabalhar nesta área, sinto que existem algumas práticas que precisam de ser mudadas para que todas as mulheres possam optar por um parto normal. Baseando-me na minha própria experiência enquanto aluna de CMESMO, estas mudanças deveriam começar nas escolas, na preparação dos futuros EESMOG, onde esta temática deveria estar mais desenvolvida, não só em termos teóricos, mas com explicações para a prática, permitindo que estas competências possam ser desenvolvidas com maior confiança. A formação contínua de EESMOG nos seus locais de trabalho também é fundamental para sensibiliza-los para esta temática. Também seria importante trabalhar e introduzir esta temática ao nível dos Cuidados de Saúde Primários, durante as consultas de vigilância da gravidez e os cursos de preparação para o nascimento, onde os profissionais devem fornecer informação real e viável. E, para que a realidade no nosso país se altere, é fundamental que a rede de cuidados de saúde primários trabalhe em articulação direta com os serviços de cuidados diferenciados, através da elaboração de protocolos e normas de procedimentos, de modo a que todos partilhem uma linguagem comum.

Este foi um percurso muito trabalhoso e exigente, conforme exposto no presente relatório, mas muito gratificante, uma vez que me possibilitou desenvolver competências numa área pela qual sempre tive um grande interesse e paixão, apesar de no momento não me encontrar a trabalhar nesta área. Ao longo destes 2 anos cresci muito como profissional, pois o trabalho desenvolvido em contexto de BP permite-nos desenvolver muitas competências ao nível da relação com o outro. O parto é o início de uma nova vida e ter a oportunidade de estar presente num momento tão especial da vida daqueles casais foi muito importante para mim. Ao longo deste percurso dei muito de mim, mas sinto que recebi muito mais, sinto-me muito mais rica, não apenas em conhecimentos, mas também em sentimentos e emoções.

Como futura EESMOG gostaria de poder vir a desenvolver a minha atividade numa instituição que promovesse o parto normal, ou onde pudesse investir na promoção do mesmo, recorrendo às competências e estratégias adquiridas ao longo deste curso.

5 – BIBLIOGRAFIA

- ALARCÃO, Isabel (1996) – **Formação Reflexiva de Professores, Estratégias de Supervisão**. Porto: Porto Editora. ISBN 972-0-34721-X.
- ALARCÃO, Isabel (2001) – Formação Reflexiva. **Revista Referência**. [em linha]. Edição nº 6 (Maio de 2001). ISSN: 0874-0283. Acedido em: Novembro, 2012. Disponível em:
http://www.esenfc.pt/rr/rr/index.php?pesquisa=forma%C3%A7%C3%A3oreflexiva&id_website=3&target=DetalhesArtigo&id_artigo=2076.
- ALLIGOOD, Martha Raile; TOMEY, Ann Marriner (2004) – **Teóricas de Enfermagem e a sua obra**. Loures: Lusociência, ISBN 972-8383-74-6.
- AMORIM, Melania, *et al* (2010) – Assistência ao segundo e terceiro períodos do trabalho de parto baseada em evidências. **Femina**. vol 38 n.º11. (Novembro 2010).
- ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE ENFERMEIRAS OBSTETRAS e FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES DE MATRONAS DE ESPAÑA (2009) – **Iniciativa parto normal. Documento de consenso**. Loures: Lusodidacta ISBN 978-972-8930-49-3
- BIO, Eliane, *et al* (2006) – Influência da mobilidade materna na duração da fase ativa do trabalho de parto. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. Rio de Janeiro, ISSN: 0100-7203. vol 28, n.º 11.
- BRABIN, Bernard e RHEENEN, Patrick (2006) – A Practical approach to timing cord clamping in resource poor settings. **BMJ**. ISSN: 888-954-8 Vol. nº. 333 (November 2006). p. 954-958.
- BRAZELTON, T B. (1988) – **O desenvolvimento do apego: uma família em formação**. Porto Alegre: Artes Médicas, ISBN 858-569-254-5
- BRAZELTON, T. B. (1992) – **Tornar-se Família**. Lisboa: Terramar. ISBN 972 – 710-056-2.
- CARVALHO, Amâncio; CARVALHO, Graça (2006) – **Educação para a Saúde: Conceitos, Práticas e Necessidades de Formação**. Loures: Lusociência. ISBN 972-8930-22-4.
- COLLIÈRE, Marie-Françoise (1999) – **Promover a vida**. Lisboa: Lidel. ISBN 972-757-109-3.

- COLMAN, L; COLMAN, A. D. (1994) – **Gravidez A Experiência Psicológica**. Lisboa: Edições Colibri. ISBN: 972-8047-78-9
- COLTTERS, C. M. (2000) – **Beneficios psicobiológicos del uso de la pelota de parto en embarazadas en trabajo de parto** Santiago: Pontificia Universidad Católica del Chile. Escuela de Enfermera; Monografia
- COPPEN R. (2005), – Results of the randomised controlled trial. In Birthing Positions. **Do Midwives Know Best MA Healthcare Limited**. London. p. 125–142.
- CRAIG, Jean V.; SMYTH, Rosalind L. (2004) – **Prática Baseada na Evidência: Manual para Enfermeiros**. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383 61-4.
- DE JONGE A.; LAGRO-JANSSEN, A. (2004) – Birthing positions. A qualitative study into the views of women about various birthing positions. **Journal of Psychosomatics Obstetrics and Gynaecology** DOI: 10.1080/01674820410001737432 (March 2004), p. 47–55.
- DE JONGE A.; DIEM, M.; SCHEEPERS, P.; BRUIN, K.; LAGRO-JANSSEN, A. (2007) – Increased blood loss in upright birthing positions originates from perineal damage. **British Journal of Obstetrics and Gynaecology**.DOI: 10.1111/j.147-0528.2006.01210.x (8 January 2007) p. 349–355.
- DE JONGE, A.; TEUNISSEN, D.; DIEM, M.; SCHEEPERS, P.; LAGRO-JANSSEN, A. (2008) - Women's positions during the second stage of labour: views of primary care midwives. **Journal of Advanced Nursing**. DOI:10.1111/j.1365-2648.2008.04703.x (31 March 2008) p.347-356
- ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA – **Guia Orientador do Estágio com Relatório**. Ano letivo 2012/2013. Acessível (Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, Portugal).
- ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA – **Guia Orientador para a Elaboração de Trabalhos Escritos, Bibliografias e Citações**. 2013. Acessível (Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, Portugal).
- FORTIN, Marie Fabienne (1999) – **O processo de investigação da concepção à realização**. Lisboa: Lusociência. ISBN 972-8383-10-X.

- FORTIN, Marie Fabienne (2009)- **Fundamentos e etapas do processo de investigação**. Lisboa: Lusodidata. ISBN: 978-989-8075-18-5.
- GALVÃO, Cristina M.; SAWADA, Namie O.; TREVIZAN, Maria A. (2004) – Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem** [em linha]. Vol. 12, nº3 (Maio e Junho de 2004). p. 549-556. ISSN 0104-1169. Acedido em: Novembro, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n3/v12n3a14.pdf>
- GAYESKI, Michele; BRUGGEMANN, Odaléa (2009) – Puerperal women's perceptions on vertical and horizontal deliveries. **Ver Latino-am Enfermagem**. (Março-Abril 2009) p.153-159
- GRAÇA, Luís Mendes (2010) – **Medicina Materno-Fetal**. 3ª Edição. Lisboa: Lidel, Edições Técnicas, Lda. ISBN 978-972-757-325-7.
- INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES (2002) – **Essential Competencies for Basic Midwifery Practice**. [em linha]. Acedido em Abril, 2013. Disponível em: http://www.internationalmidwives.org/Portals/5/Documentation/Essential%20Compsenglish_2002-JF_2007%20FINAL.pdf
- INSTITUTO LAMAZE PARA O PARTO NORMAL (2003) – **Liberdade de Movimentos Durante o Trabalho de Parto**. [em linha]. Acedido em Janeiro, 2013. Disponível em: <http://www.lamaze.org>
- LOPES, A.; FRACOLLI, L. (2008) - Revisão sistemática de literatura e metassíntese qualitativa: considerações sobre sua aplicação na pesquisa em enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**. ISSN 0104-0707, vol.17, nº.4, p.771-8. 2008.
- LOPES, M. (2000) – **Concepções de Enfermagem e Desenvolvimento Sócio-Moral- alguns dados e implicações**. Lisboa: Universidade Aberta. Tese de mestrado.
- LOWDERMILK, Deitra; PERRY, Shannon (2008) – **Enfermagem na Maternidade**. 7ª Edição. Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-16-1.

- MAMEDE, Fabiana; ALMEIDA, Ana; CLAPIS, Maria (2004) - Movimentação/deambulação no trabalho de parto: uma revisão. **Health Sciences**. (Maringá, 2004) p. 295-301
- MATOS, T. A.; *et al* (2010) – Contato pele-a-pele precoce mãe-filho: significado para as mães e contribuições da enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**. [Em linha]. Vol. 63, nº 6 (2010). Acedido em Maio, 2013. Disponível em: <http://submission.scielo.br/index.php/reben/index>.
- MERCER, Judith (2001) – Current best evidence: A review of the literature on umbilical cord clamping. **Journal of Midwifery & Women's health**.DOI: 02881-2021 Vol 46, nº.6 (November/December 2001)
- MONTEIRO, Manuela Matos (2009) - **Guia do Aluno – Área de Projecto**. Porto: Porto Editora. ISBN 978-972-0-01468-9
- NEUMAN, Betty; FAWCETT, Jacqueline (2011) – **The Neuman Systems Model**. 5ª Edição. Boston: Pearson Education, Inc. ISBN 978-0-13-514277-6.
- NUNES, Lucília; AMARAL, Manuela; GONÇALVES, Rogério (2005) – **Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. ISBN 972-99646-0-2.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – **15 Propostas para Melhorar a Eficiência no Serviço Nacional de Saúde**. 2013. Acessível (Ordem dos Enfermeiros, Lisboa, Portugal).
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Pelo direito ao parto normal – uma visão partilhada**. 2012. Acessível (Ordem dos Enfermeiros, Lisboa, Portugal).
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica**. 2010. Acessível (Ordem dos Enfermeiros, Lisboa, Portugal).
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem**. 2001. Acessível (Ordem dos Enfermeiros, Lisboa, Portugal).
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (1996) – **Maternidade segura. Assistência ao parto normal: um guia prático**.1996. Acessível (Organização Mundial de Saúde, Genebra).

- PEDRAS, Célia do Rosário Neto (2007) – Preparação para a Parentalidade. **Servir**. Lisboa. Nº4 / 5. (Julho/ Outubro 2007). p.166-169.
- POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. (1995) – **Fundamentos de pesquisa em Enfermagem**. Porto Alegre. ISBN 85-7307-101-X
- RAJU, Tonse (2013) – Timing of umbilical cord clamping after birth for optimizing placenta transfusion. **Wolters Kluwer Health**. ISSN:1040-8703 (2013). p. 1-8.
- ROMANO, Amy; LOTHIAN, Judith (2008) - Promoting, Protecting, and Supporting Normal Birth: A Look at the Evidence. **JOGNN**. DOI: 10.1111/j.1552-6909.2007.00210.X (2008) P. 94-105
- SALVADOR, A. (1986) – **Métodos e Técnicas de Pesquisa Bibliográfica**. 9ª Ed. Porto Alegre: Sulina, ISBN 85-336-0320-7.
- SILVA, Lucas, *et al* (2007) – Posições maternas no trabalho de parto e parto. **Femina**, vol 35, n.º 2. (Fevereiro 2007).
- SOONG, B.; BARNES, M. (2005) – Maternal position at midwifw-attended birth and perineal trauma: is there na association? **Birth**(2005) 32(3), p. 164-169
- STREMLER, R. (2005) – Randomized controlled trial of hands-and-knees positioning for occipitoposterior position in labour. **Birth**. Vol nº 32, (2005). p. 243-251

APÊNDICES

APÊNDICE 1

Quadro nº 1 – Análise dos artigos selecionados

Quadro nº 1 – Análise dos artigos seleccionados

Autor, Título do Estudo e Ano	Objetivo do Estudo	Participantes	Intervenção	Tipo de estudo, Método de colheita de dados Nível de Evidência	Resultados pertinentes para a temática estudada
<p>Jonge, A. et al Increased blood loss in upright birthing positions originates from perineal damage 2007</p>	<p>Avaliar se o risco de hemorragia severa está aumentado na posição de semi-sentada e sentada e, nesse caso, qual a quantidade de perda de sangue é da responsabilidade da laceração perineal.</p>	<p>1646 Parturientes</p>	<p>Medição da quantidade de sangue perdido através de uma balança e jarro com medição</p>	<p>Quantitativo Questionário Nível de evidência III</p>	<p>Mulheres em TP utilizam várias posições caso lhes seja permitido escolher. As mulheres associam a satisfação com o TP com o facto de poderem ser elas a tomar as decisões. A perda de sangue total média superior a 500 ml apenas está aumentada na posição de semi-sentada e sentada quando existe laceração perineal. Nas mulheres com períneo íntegro não existe associação.</p>
<p>Romano A. e Lothian J. The Evidence Supporting Nursing Management of Labor 2008</p>	<p>Promover o nascimento fisiológico: evitar a indução medicamente desnecessária no TP, permitir a liberdade de movimento para parturiente, proporcionar suporte contínuo do TP, evitar intervenções de rotina e restrições, incentivar posições não supina, esforços expulsivos espontâneo e manter mãe e bebés juntos após o nascimento, sem restrições sobre o aleitamento materno.</p>	<p>63 Artigos</p>	<p>----</p>	<p>Revisão Sistemática da Literatura Nível de evidência I</p>	<p>Com maior autonomia as mulheres vão escolher uma variedade de movimentos para lidar com o trabalho de parto. As enfermeiras estão em condições privilegiadas de fornecer estes cuidados e práticas para ajudar as mulheres grávidas a fazer escolhas informadas baseadas em evidência. A evidência sugere que a interferência com o processo fisiológico normal do parto e nascimento aumenta o risco de</p>

					<p>complicações para a mãe e bebê.</p> <p>Apontam como vantagens da utilização da posição vertical: diminuição da dor, aumento da eficácia da contractilidade uterina, aumento do fluxo útero-placentário, diminuição do tempo de TP, diminuição do uso de ocitocina e analgésicos. A força de gravidade é favorável à descida fetal.</p> <p>Os enfermeiros são o elemento fundamental na mudança de práticas a nível hospitalar.</p>
<p>Mamede, F et al Movimentação/deambulação no trabalho de parto: uma revisão 2004</p>	<p>Revisão da literatura sobre a liberdade de posição e movimentação durante o trabalho de parto</p>	<p>20 Artigos</p>	<p>----</p>	<p>Revisão Sistemática da Literatura</p> <p>Nível de evidência I</p>	<p>A posição vertical foi usada e preferida desde a antiguidade, para possibilitar menos dor durante o trabalho de parto e parto, diminui o tempo do trabalho de parto e do parto, melhora a contratilidade uterina e oferece mais conforto às parturientes e assegura os intercâmbios materno-placentários durante mais tempo, diminuindo o risco de sofrimento fetal</p>
<p>Gayeski, M e Bruggemann, O Puerperal woman's perceptions on vertical and horizontal deliveries 2009</p>	<p>Conhecer as percepções das puérperas sobre a vivência de parir na posição vertical e horizontal, identificando os aspetos positivos e negativos de cada posição</p>	<p>10 Puérperas</p>	<p>Entrevista às puérperas</p>	<p>Qualitativo</p>	<p>Apontam como a principal desvantagem da posição supina o aumento da instrumentalização do parto e da realização de episiotomias. Apontam como vantagens da posição vertical: diminuição da duração do TP e do período</p>

					expulsivo, menos queixas de dor, diminuição do nº de cesarianas, menos episiotomias e menos alterações da FCF. Como desvantagens da posição vertical: aumento de lacerações de 2º grau e aumento da perda de sangue (superior a 500ml).
Jonge, A et al Women's positions during the second stage of labour: views of primary care midwives 2008	Explorar os pontos de vista das parteiras sobre as posições das mulheres durante a segunda fase do trabalho de parto.	31 Parteiras	Seis grupos de foco	Qualitativo Entrevistas Nível de evidência III	Perante as posições de parto as parteiras a favor das posições verticais preocupam-se em promover o conforto da mulher e dar-lhes o controlo sobre o próprio corpo. As parteiras a favor das posições horizontais estão preocupadas com o seu próprio conforto e preferem ser elas a ter o controle durante o TP. Para dar às mulheres uma escolha informada sobre as posições do parto, as parteiras precisam fornecer informações durante a gravidez e discutir as suas preferências de posicionamento. As mulheres devem estar preparadas para a imprevisibilidade dos seus sentimentos em trabalho de parto e os fatores obstétricos podem interferir com a sua escolha de posição. Os equipamentos de nascimento não-supina devem ser mais adequados à parteira. Além disso, parteiras e alunos

					precisam de ganhar experiência em ajudar os nascimentos em posição não supina
<p>Jonge, A e Lagro-Janssen, A. Birth positions. A qualitative study into the views of women about various birthing positions 2004</p>	<p>Obter conhecimento sobre o que influência as mulheres na sua escolha de posição de parto e sobre as experiências de trabalho de parto das mulheres em relação ao posições de parto que eles usaram</p>	<p>20 Mulheres</p>	<p>Pedido consentimento após o 2º estágio do TP acompanhado por uma parteira e colhidos alguns dados clínicos. Posteriormente preencheram um questionário pelas 6 semanas pós-parto. Nesse questionário foi solicitada autorização para uma entrevista individual que decorreu entre as 7 e as 19 semanas pós-parto.</p>	<p>Qualitativo Questionário e entrevista Nível de Evidência III</p>	<p>A posição supina é dominante nas sociedades ocidentais, e as parteiras têm um papel importante a desempenhar no sentido de alargar o leque de escolhas das mulheres. As parteiras devem capacitar as mulheres para encontrar as posições que são mais adequadas para elas, dando conselhos práticos durante a gravidez e o parto. As mulheres consideram importante serem as parteiras a fornecer-lhes informação acerca das posições de parto. A informação obtida durante a gravidez influencia a decisão das mulheres.</p>
<p>Soong B e Barnes M Maternal Position at Midwife-Attended Birth and Perineal Trauma: Is There an Association? 2005</p>	<p>Analisar a associação entre a posição materna no parto e os resultados do períneo em mulheres que foram assistidas por uma parteira, em parto vaginal espontâneo e uma gravidez sem complicações e de termo.</p>	<p>3756 Partos eutócicos</p>	<p>---</p>	<p>Quantitativo Perspetivo Nível de evidência III</p>	<p>A maioria das mulheres (65,9%) teve partos na posição semi-deitada. Das 1679 mulheres (44,5%) necessitaram de sutura do períneo, a posição semi-deitada foi associada com a necessidade de sutura do períneo, enquanto a posição dos quatro membros foi associada com menor necessidade de suturas. Estas</p>

					<p>associações foram mais acentuadas nos primeiros partos vaginais e no recém-nascido com peso superior a 3500 gr. Quando a anestesia regional foi utilizada, a posição semi-sentada foi associada a uma maior necessidade de sutura, a posição lateral associada a uma menor necessidade de sutura. Os quatro principais fatores que estão mais relacionados ao trauma perineal são: parto vaginal, o uso de anestesia regional, cabeça do RN não fletida e peso de RN superior a 3500 gr. À mulher deve ser dada a opção de parir em qualquer posição que ache confortável. Os profissionais têm a responsabilidade de informar as mulheres sobre o risco de trauma perineal relativamente à posição de parto</p>
--	--	--	--	--	---